



**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ANTONIO GEORGE BEZERRA NETO

**OCORRÊNCIA DE DEPRESSÃO EM POPULAÇÃO GERIÁTRICA DE
UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE FORTALEZA – CE**

FORTALEZA

2014

ANTONIO GEORGE BEZERRA NETO

**OCORRÊNCIA DE DEPRESSÃO EM POPULAÇÃO GERIÁTRICA DE
UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE FORTALEZA – CE**

Dissertação apresentada ao
Mestrado Profissional em Saúde
da Família, nucleadora
Universidade Federal do Ceará,
como requisito parcial para a
obtenção do título de Mestre em
Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Alúcio
Ferreira de Lima.

FORTALEZA

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

- B469o Bezerra Neto, Antônio George.
Ocorrência de depressão em população geriátrica de uma equipe de saúde da família de Fortaleza - CE / Antônio George Bezerra Neto. – 2014.
165f. : il. color., enc. ; 30 cm.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2014.
Área de concentração: Saúde da Família
Orientação: Prof. Dr. Alúcio Ferreira de Lima.

1. Saúde da Família. 2. Saúde do Idoso. 3. Depressão. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

CDD 613

ANTONIO GEORGE BEZERRA NETO

**OCORRÊNCIA DE DEPRESSÃO EM POPULAÇÃO GERIÁTRICA DE
UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE FORTALEZA – CE**

Dissertação apresentada ao
Mestrado Profissional em Saúde
da Família, nucleadora
Universidade Federal do Ceará,
como requisito parcial à obtenção
do título de Mestre em Saúde da
Família.

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Alúcio Ferreira de Lima (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Paulo César de Almeida
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Prof. Dr. Luís Fernando Farah de Tófoli
Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

DEDICATÓRIA

A Deus, que nos agracia,
diariamente, com a centelha da
inteligência.

À minha amada Michelle e meus
queridos filhos Gustavo e
Germano, sentidos maiores da
minha existência.

Aos meus pais, incansáveis
batalhadores, que me deram bem
mais que a vida.

Aos meus sogros Rose e Geraldo,
que sempre tão bem me
acolheram.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Alúcio pelo valoroso apoio e sensata compreensão durante toda a jornada de orientação à pesquisa.

Aos professores participantes da banca examinadora, que desde a qualificação, fomentaram o aprimoramento da pesquisa com suas sugestões.

Aos professores que compõem o corpo docente do Mestrado, que conosco acreditaram neste projeto inovador.

Aos colegas de turma de Mestrado, com quem convivi nesses dois anos, aprendendo com o que cada um trouxe de melhor, em um grupo ímpar.

Aos idosos participantes da pesquisa, pela confiança em nos deixar entrar em seus lares e conhecer um pouco de suas vidas.

Aos agentes comunitários de saúde, o elo entre a equipe e as famílias.

Aos alunos da LIAPS UNIFOR pela voluntariosa colaboração nas entrevistas, com notável empenho.

Ao Professor Dr. Paulo César, pela imensa contribuição no tratamento estatístico do trabalho.

“Quem não cuida do amanhã, logo fará sua manhã” (Textos Confucionistas).

RESUMO

A presente dissertação teve como objetivo analisar, por meio da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15), a prevalência de depressão em uma população de idosos assistida pela equipe de Saúde da Família de Fortaleza – CE. Estudo transversal com 78 idosos residentes em área adscrita de uma equipe de Saúde da Família de Fortaleza. Os dados levantados para análise foram obtidos por meio de 1) entrevistas com questionário estruturado contendo variáveis sócio- demográficas e clínicas, 2) avaliação cognitiva (Mini Exame do Estado Mental - MEEM) e 3) aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15), no período de Janeiro a Abril de 2014. Os dados obtidos mostraram que 62,8% dessa população era constituída por mulheres, com prevalência na faixa etária entre 60 a 69 anos (61,5%), com 1 a 4 anos de estudo e renda familiar de 1 a 2 salários mínimos. A maioria da amostra é formada por aposentados (79,5%), que convivem com companheiro e familiares e, em parte, têm hipertensão arterial. A prevalência de depressão foi de 21,7%. Os resultados mostraram que não ocorreu associação significativa entre a depressão e as variáveis sócio-demográficas e clínicas. Houve correlação inversa entre déficit cognitivo e depressão somente no gênero feminino ($r = -0,518$; $p < 0,001$) de 60 a 69 anos ($r = -0,566$; $p = 0,001$) e entre idosos que trabalham ($r = -0,482$; $p = 0,033$). O diagnóstico de depressão geriátrica foi semelhante a outros estudos, justificando intervenções precoces direcionadas à essa população.

Palavras-chave: Saúde da Família; Saúde do Idoso; Depressão; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This thesis aims to analyze, through the application of the Geriatric Depression Scale (GDS-15), the prevalence of depression in a population of elderly assisted by the staff of the Family Health Fortaleza - CE. Cross-sectional study with 78 elderly residents in area ascribed a team of Family Health Fortaleza. The data collected for analysis were obtained by means of 1) interviews using a structured questionnaire containing socio - demographic and clinical , 2) cognitive assessment (Mini Mental State Examination - MMSE) and 3) application of the Geriatric Depression Scale (GDS-15) , from January to April 2014. Results indicated that 62.8 % of the population are women, with a prevalence in the age group between 60-69 years (61.5 %), with 1-4 years study and family income 1-2 minimum wages. The majority of the sample consists of retired (79.5 %), living with partner and family and, in part, have hypertension. The prevalence of depression was 21,3%. The results showed that no significant association between depression and socio - demographic and clinical variables. There was an inverse correlation between cognitive deficit and depression, only in the females ($r = -0,518$; $p < 0,001$) from 60 to 69 years ($r = -0,566$; $p = 0,001$) and between old what work ($r = -0,482$; $p = 0,033$). The diagnosis of geriatric depression was similar to other studies, justifying early interventions aimed at this population.

Keywords: Family Health; Health of the Elderly; Depression; Primary Health Care.

LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A – Questionário sócio-demográfico e clínico

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ANEXO A – Avaliação cognitiva (Mini Exame do Estado Mental)

ANEXO B – Escala de Depressão Geriátrica (EDG -15)

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

TABELA 1	Distribuição dos idosos segundo as características sócio-demográficas, Fortaleza-Ceará, de janeiro a abril de 2014 .	26
TABELA 2	Distribuição dos idosos segundo as doenças auto-referidas, medicamentos e complicações crônicas, Fortaleza-Ceará, de janeiro a abril de 2014	27
TABELA 3	Distribuição dos idosos segundo as características sócio-demográficas, déficit cognitivo e depressão, Fortaleza-Ceará, de janeiro a abril de 2014	28
TABELA 4	Distribuição dos idosos segundo as comorbidades, medicamentos e complicações crônicas segundo o déficit cognitivo e depressão, Fortaleza-Ceará, de janeiro a abril de 2014	30
TABELA 5	Correlação entre déficit cognitivo e depressão segundo as sócio-demográficas, Fortaleza-Ceará, de janeiro a abril de 2014	31
GRÁFICO	Gráfico de dispersão entre MEEM e EDG -15	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVD	Atividades da Vida Diária
APS	Atenção Primária em Saúde
CID	Código Internacional de Doenças
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EDG	Escala de Depressão Geriátrica
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
SCID	Structured Clinical Interview to DSM Disorders
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	REVISÃO DE LITERATURA	13
3	OBJETIVOS	20
3.1	Objetivo Geral	20
3.2	Objetivos Específicos	20
4	METODOLOGIA	21
4.1	Tipo de estudo.....	21
4.2	Local do estudo	21
4.3	População do estudo.....	21
4.4	Cálculo da amostra.....	21
4.5	Seleção da amostra.....	22
4.6	Coleta de dados	22
4.7	Análise dos dados	24
4.8	Aspectos éticos	24
5	RESULTADOS	25
6	DISCUSSÃO	33
7	CONCLUSÃO	36
8	REFERÊNCIAS	37
10	CAPÍTULO DE LIVRO (produzido durante o Mestrado)	42
	APÊNDICES E ANEXOS	64

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da família (ESF) tem suas origens no Programa Saúde da Família (PSF), lançado no Brasil em 1994, precedido pela exitosa experiência cearense dos Agentes Comunitários de Saúde iniciada em 1991. Surgiu como uma proposta de valorização da Atenção Primária à Saúde (APS) a partir da reorientação do modelo assistencial nacional, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) regulamentado pela Constituição de 1988.

O PSF elege como ponto central “o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população” (BRASIL, 1997), no qual a família, entendida a partir do ambiente onde vive, torna-se o principal objeto de atenção do modelo implantado.

Suas diretrizes operacionais pautam-se no caráter substitutivo, complementariedade e hierarquização dos serviços de saúde; na adscrição de clientela; no cadastramento das famílias; na instalação das unidades de Saúde da Família; na composição e nas atribuições das equipes.

Dentre as funções das equipes de Saúde da Família, destaca-se o reconhecimento “dos problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta” e, a partir destes, o planejamento de ações de enfrentamento aos determinantes do processo saúde-doença presentes.

Dentro da Política Nacional de Atenção Básica (2011), caracterizam a atuação das equipes de atenção básica “*desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis*” (BRASIL, 2012).

A identificação dos problemas de saúde existentes ocorre através do diagnóstico da saúde da comunidade, envolvendo o perfil sócio-demográfico, indicadores epidemiológicos e informações qualitativas da comunidade.

Concomitante à implantação do SUS, o Brasil vem adequando suas leis para responder às crescentes demandas de sua população que envelhece. A Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96).

Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395 anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso, a qual determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionados ao tema promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (BRASIL, 1999).

Em 2002, é proposta a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria nº 702/SAS/MS, de 2002), tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Como parte de operacionalização das redes, são criadas as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (Portaria nº 249/SAS/MS, de 2002).

Em 2003, é aprovado e sancionado o Estatuto do Idoso, elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos. O Estatuto do Idoso amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, mas não traz consigo meios para financiar as ações propostas. O Capítulo IV do Estatuto trata especificamente do papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral.

Em fevereiro de 2006, foi publicado, por meio da Portaria nº 399/GM, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida, no qual a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo. Foi apresentada uma série de ações que visam à implantação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso (BRASIL, 2006).

Neste cenário, a Saúde do Idoso se inclui como umas das áreas essenciais para aplicação de estratégias específicas de promoção da saúde na atenção básica, face à marcante presença da população idosa nas rotinas do serviço de saúde local. A população geriátrica representa uma demanda crescente no território de atuação dos profissionais da Atenção Primária local. Em função do contingente de usuários dessa faixa etária assistidos pela respectiva equipe de Saúde da Família, fomentou-se o interesse pessoal do mestrando em desenvolver atividades de promoção à saúde do idoso, voltadas para o reconhecimento de quadros depressivos nessa população, com o uso de um instrumento de avaliação validado, a Escala de Depressão Geriátrica, acrescido de dados clínicos relevantes ao contexto familiar e social do usuário assistido.

A realização de estudos sobre a depressão em idosos atendidos pelas equipes de saúde da família permitiria construir formas de prevenção ao agravamento da doença a partir do reconhecimento precoce e da atuação sobre os fatores de risco, promovendo, assim, melhoria na qualidade de vida desse grupo de usuários.

A pesquisa pretende fornecer subsídios para a atuação da equipe de saúde da família local, assim como de outras populações com perfil demográfico semelhante, na avaliação sistemática da depressão em sua população idosa a fim de formular ações – individuais ou coletivas – de abordagem adequada ao problema.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária, com estimativas de que, em 2025, existirão cerca de 1 bilhão e 200 milhões de idosos no planeta, e até 2050, serão 2 bilhões, 80% desses presentes nos países em desenvolvimento (WHO, 2005).

Nos últimos anos, o Brasil vem apresentando um novo padrão demográfico caracterizado pela redução da taxa de crescimento populacional e por transformações profundas na composição de sua estrutura etária, com um significativo aumento do contingente de idosos (IBGE, 2010a). As pessoas com 65 anos ou mais representavam 4,9% da população brasileira em 1995; dez anos mais tarde, 6,1%, passando, em 2010, a 7,4% do total dos habitantes. Atualmente, são 11,3% da população nacional, cerca de 21,5 milhões de habitantes, com predomínio do gênero feminino, 56,9% desse grupo (IBGE, 2010b).

O país vem atravessando um processo de redução da fecundidade e da mortalidade precoce e aumento da esperança de vida ao nascer em todas as regiões. A taxa de fertilidade diminuiu de 2,38 filhos por mulher em 2000 para cerca de 1,86 em 2010 (OPAS, 2012).

Em contraste à redução dos níveis de fecundidade, houve o incremento da esperança de vida ao nascer no Brasil. A expectativa de vida ao nascer que era de 66,3 anos em 1990, passou para 73,17 anos em 2009 (77,0 anos para as mulheres e 69,4 anos para os homens). Em 2010, a expectativa de vida alcançou 73,76 anos, com relevante aumento na região Nordeste, passando de 58,25 anos em 1980, para 71,20 anos em 2010 (IBGE, 2010b).

As projeções mais conservadoras sustentam que, em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um número acima de 30 milhões de habitantes (CARVALHO & GARCIA, 2003) e ultrapassará, em números absolutos, a população jovem até o ano de 2050.

No Ceará, são pouco mais de 900 mil idosos, perfazendo 10,7% da população, dos quais, cerca de 238 mil vivem em Fortaleza (IBGE, 2010c).

Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um cenário de morbi-mortalidade próprio de uma população jovem, no qual estão as doenças infecciosas, doenças maternas e perinatais e carências nutricionais, para um quadro de enfermidades

complexas e onerosas, típico dos países longevos, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos (VERAS, 2009). Nesse cenário, destacam-se as doenças mentais, em especial os transtornos do humor, com aumento da prevalência dos sintomas depressivos entre a população idosa (GAZALLE, 2004)

A depressão figura como umas das principais formas de manifestação do sofrimento psíquico presente na contemporaneidade, sendo comum a referencia a este período como “era das depressões” (TEIXEIRA, 2005).

A depressão, outrora entendida como a melancolia, tem, ao longo dos tempos, atravessado os séculos em diferentes contextos históricos. Na *Antiguidade* grega, teve sua origem na teoria dos humores de Hipócrates, como “uma afecção sem febre, na qual o espírito triste permanece sem razão, fixado em uma mesma ideia, constantemente abatido (...)” (CUCHE & GERARD, 1994), cujas manifestações seriam: “(...) perda de sono, falta de apetite, desejo de morte (...)”. Na *Idade Média*, traduzia-se como um afastamento de tudo que era sagrado e um pecado que aprisionava seu portador a um mal incurável (GONÇALES & MACHADO, 2007). Na *Idade Moderna*, a melancolia acrescia, além da tristeza em comum, ideias delirantes em sua definição (FOUCAULT, 2004), estando, ora associada ao *glamour* romântico do anseio humano pelo grande e eterno, uma condição genial que tornava o homem melhor e mais inspirado (SOLOMON, 2002); ora vinculada à ociosidade e tida como perturbadora da ordem moral e social, corrigível com tratamentos medonhos (dor física, afogamentos, trabalhos forçados, dentre outros), visão que ecoa até hoje quando se diz que “depressão é doença de quem não tem o que fazer da vida”.

Com o século XIX, fundamentadas pelo desenvolvimento científico, novas descobertas fortaleceram a relação entre as doenças mentais e a patologia orgânica cerebral, confluindo para adoção do termo “depressão”.

Com a *Idade Contemporânea*, houve a consolidação da Psiquiatria – inclusive como ciência médica – e o aprimoramento da nosologia psiquiátrica, através da qual, no início do século XX, a depressão passou a ser classificada em graus e teve reforçado o aspecto hereditário como parte da etiologia. Na década de 50, os antidepressivos foram descobertos, promovendo um avanço no tratamento da depressão. No decênio seguinte, as diversas pesquisas e teorias propunham que as emoções e as psicopatologias poderiam ter origem nos *neurotransmissores*, várias

substâncias químicas que regulavam, dentre outras, a função cerebral. Os anos 90 marcaram inúmeros progressos científicos na compreensão dos transtornos mentais, correlacionando áreas cerebrais específicas com determinadas patologias como na depressão grave, ao passo que evidências apontavam a associação entre depressão maior e sistema imunológico (BAUER e cols., 1993).

Percebe-se, no século seguinte, a preocupação com o diagnóstico clínico, embora pesquisas demonstrem que cerca da metade, em média, das pessoas que procuram a rede básica de saúde com sintomas depressivos não recebam diagnóstico e tratamento correto (VALENTINI e cols., 2004).

A depressão está entre os principais transtornos mentais no mundo, acometendo mais de 350 milhões de pessoas de todas as idades, segundo a OMS, que a reconhece como uma das condições crônicas prioritárias nos seus programas de ação em saúde mental (WHO, 2012).

São poucos os estudos de prevalência de doenças mentais, em especial a depressão, em comunidade geral, realizados em nosso país. Na maioria dos estudos comunitários existentes no Brasil e no mundo, a prevalência de depressão em um ano variou de 8 a 12% (VILLANO & GNANHAY, 2011), faixa semelhante à prevalência de Episódio Depressivo Maior (EDM) durante a vida, em estudo multicêntrico de comunidade, o ICPE Surveys (WHO, 2000).

Segundo estudo multicêntrico recente, o Brasil liderou a prevalência de Episódio Depressivo Maior (EDM), nos 12 meses anteriores ao estudo dentre os países da pesquisa – 18 ao todo. A pesquisa ratificou a maior ocorrência entre as mulheres e a maior possibilidade de depressão entre idosos dos países de média e baixa renda (BROMET *et al.*, 2011).

A depressão constitui-se um problema de saúde pública crescente no Brasil. Estima-se que 15 a 30% dos adultos apresentem depressão clinicamente significativa em algum momento de sua vida, com cerca de 8% como transtorno depressivo maior (ARANTES, 2007). Em ambulatórios de Atenção Primária, sua prevalência é estimada em 5 a 10% de todos os pacientes (FRANK & RODRIGUES, 2011).

Em estudo multicêntrico, recentemente divulgado, sobre transtornos mentais comuns em usuários da atenção primária em quatro grandes cidades brasileiras – São Paulo, Rio de Janeiro, Fortaleza e Porto Alegre, a depressão teve uma ocorrência de 51,9%, 53,3%, 64,3% e 57,7%, respectivamente (GONÇALVES *et al.*, 2014).

A incapacidade, importante indicador de morbidade, tem na depressão sua principal causa quanto ao total de anos vividos com incapacidade (YLD¹) e como a quarta causa quanto ao total de anos de vida ajustados para incapacidade (DALYs²), reconhecida em estudos desde a década de 90 (VILLANO & NANHAY, 2011).

Além da incapacidade pessoal, ressalta-se que na depressão, a proporção de indivíduos que tentam suicídio e são bem sucedidos é maior entre aqueles com mais de 65 anos, respondendo por 25% do total dos casos (RESENDE e cols., 2011)

A depressão é o problema de saúde mental mais comum na terceira idade (BEEKMAN e cols., 1999; FRANK & RODRIGUES, 2011) e está associada ao maior risco de morbimortalidade, ao aumento na utilização dos serviços de saúde, à negligência no autocuidado, à adesão reduzida aos regimes terapêuticos e ao maior risco de suicídio nessa população (PARADELA e cols., 2005).

A prevalência de depressão entre as pessoas idosas varia de 4,7% a 36,8%, dependendo fundamentalmente do instrumento utilizado, dos pontos de corte e da gravidade dos sintomas (BRASIL, 2006).

A ocorrência de sintomas depressivos em idosos varia conforme o local do estudo, sendo de aproximadamente 15% nos pacientes da comunidade (GAZALLE e cols., 2004), 20% na atenção primária e 20 a 25% nos pacientes hospitalizados. Ao se considerar, porém, a depressão como doença, a prevalência gira em torno de 1 a

¹ Para estimar YLD (*Years of Life due of Disability*, ou anos de vida com incapacidade) por uma causa particular em um determinado período de tempo, o número de casos de doença em que o período multiplicado pela duração média da doença e fator de peso. Esse indicador reflete a gravidade da doença em uma escala de zero (saúde perfeita) a um (mortos).

² Um DALY (*Disability Adjusted Life Years*) pode significar cada ano perdido de vida saudável. A soma desses DALYs compreende o impacto da doença, podendo ser considerada uma medida da diferença entre estado de saúde atual e uma situação ideal de saúde. É a somatória dos anos de vida perdidos pela incapacidade (YLL- *years of life lost*) devida à mortalidade prematura na população e os anos perdidos devido à incapacidade para casos incidentes da condição de saúde. YLL significa “anos de vida perdidos”, correspondendo basicamente ao número de mortes multiplicado pela expectativa de vida padrão na idade em que a morte ocorre (OMS, 2013).

3% na comunidade, 10 a 12% nos ambulatorios e 10 a 15% nos pacientes hospitalizados (DALACORTE & FERRARI, 2007).

Segundo a OMS, em seu Código Internacional de Doenças, o CID-10, no capítulo da Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento, descreve-se como episódio depressivo típico a existência de humor deprimido, perda de interesse e prazer e energia reduzida levando a uma fadigabilidade aumentada e atividade diminuída – considerados *sintomas fundamentais*, sendo comum cansaço marcante após leves esforços. Outros sintomas comuns, denominados *sintomas acessórios*, são: concentração e atenção reduzidas; autoestima e autoconfiança reduzidas; ideias de culpa e inutilidade; visões desoladas e pessimistas do futuro; ideias ou atos autolesivos ou suicídio; sono perturbado e apetite diminuído. Uma duração de pelo menos duas semanas é necessária para o diagnóstico de depressão nos seus variados graus.

A quantidade e a gravidade dos sintomas no episódio depressivo primeiro (único) permitem classificar a depressão em três graus: episódio depressivo leve, moderado e grave (OMS, 1993)

Não há, contudo, seja no CID-10 ou no DSM IV, critérios diagnósticos específicos voltados para a depressão entre idosos e as suas particularidades.

Vieira define a depressão geriátrica como uma síndrome clínica caracterizada por sofrimento psíquico, acompanhado por significativa queda do estado de ânimo e autoestima, com perda do interesse por coisas cotidianas, apresentando, ainda, redução da atividade mental, psicomotora e orgânica, podendo ou não ter relação com algum tipo de deficiência real (VIEIRA, 2011).

A depressão geriátrica está associada a inúmeros fatores de risco, destacando-se: gênero (feminino), idade, baixa escolaridade e renda, presença de eventos estressores, baixo suporte social (destacando-se problemas financeiros e condições adversas de moradia), características da personalidade, percepção de baixa qualidade de vida e condições de saúde, presença de déficits cognitivos, limitação funcional, histórico psiquiátrico, e comorbidades psiquiátricas (ansiedade, transtornos somatoformes e demência), uso e abuso de álcool, uso de fármacos (digoxina, inibidores de enzima conversora de angiotensina, bloqueadores do canal de cálcio, betabloqueadores), presença de doenças físicas agudas e crônicas (sobretudo HAS, DM, doença cardíaca, doença pulmonar, artrite), dor e comorbidades (PINHO e cols., 2009).

No paciente idoso, vários fatores de risco geralmente coexistem, o que eleva a possibilidade de surgimento dos sintomas depressivos na população geriátrica.

No entanto, humor deprimido ou tristeza não são elementos essenciais para o diagnóstico das síndromes depressivas no idoso, cuja apresentação clínica pode ser atípica em sua maioria (PÓVOA e cols, 2009), ora com sintomas somáticos e/ou déficit cognitivo (CONN, 2005), o que torna necessária a inclusão da avaliação cognitiva na investigação de depressão neste paciente.

A depressão é o quadro que gera maior confusão diagnóstica com demência. Como a depressão é condição potencialmente tratável, a distinção entre as duas condições torna-se obrigatória. Tanto a depressão quanto a demência causam lentificação psíquica, apatia, irritabilidade, descuido pessoal, dificuldades com concentração e memória, e mudanças no comportamento e na personalidade. Além disto, a depressão pode ser um sintoma da demência e, não raramente, ambas as situações coexistem (RASKIND,1998). Apresentam-se, portanto, características clínicas que auxiliam no diagnóstico diferencial entre depressão e demência.

Estudos recentes têm mostrado que doenças crônicas, bem como suas incapacidades, não são consequências inevitáveis do envelhecimento (VERAS e CALDAS, 2004). A prevenção é efetiva em qualquer nível, mesmo nas fases mais tardias da vida. Portanto, a ênfase na prevenção é a chave para se mudar o quadro atual (VERAS, 2009).

Para o diagnóstico precoce e manejo apropriado dos quadros depressivos, especialmente entre os idosos, diferenciar emoções cotidianas da depressão em si é atualmente o maior desafio para profissionais de saúde em Atenção Primária (SIQUEIRA e cols., 2009). O não reconhecimento e a consequente ausência de tratamento associam-se à maior incapacidade, ao aumento do número de hospitalizações, da mortalidade e do risco de suicídio na população geriátrica (DALACORTE & FERRARI, 2007). Estudos apontam que menos da metade dos idosos identificados como deprimidos recebem tratamento e metade desses não são tratados adequadamente (MULSANT & GANGULI, 1999).

Para o diagnóstico de depressão no contexto da Atenção Básica é preciso realizar-se uma abordagem que respeite o discurso livre do paciente a fim de evitarem vieses, como também que se aplique uma entrevista estruturada (REBELLO *et al.*, 2011). A aplicação de instrumentos padronizados e validados de investigação da depressão geriátrica nas ações das equipes permite a definição

precoce da patologia em questão, favorecendo a abordagem dos idosos na atenção primária, prevenindo incapacitações e recorrências futuras, bem como permitindo sua reabilitação psicossocial no contexto das famílias.

Há vários instrumentos diagnósticos validados para rastreamento de depressão ou para verificação da gravidade de seus sintomas (FRANK, 2011). Dentre as escalas, destacam-se a Escala de Depressão Geriátrica (EDG), a *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D) e a Escala de Auto-avaliação de Zung. Com o intuito de avaliar a intensidade dos sintomas, utilizam-se a Escala de Beck – BDI (*Beck Depression Inventory*), a Escala de Hamilton – HAM-D, a Avaliação de Montgomery-Asberg para Depressão – MADRS, e a Escala de Cornell.

A Escala de Depressão Geriátrica (*Geriatric Depression Scale – GDS*) de Yesavage e colaboradores, criada em 1983, é atualmente o instrumento mais utilizado para avaliação de sintomas depressivos em idosos, com reiterada confiabilidade tanto em pesquisas quanto em contextos clínicos diversos (PINHO e cols, 2009) tendo sua validação internacional (YESAVAGE e cols., 1983) e nacional verificada (ALMEIDA & ALMEIDA, 1999), favorecida por sua fácil e rápida aplicação, pela notada acurácia para os mais idosos (acima de 80 anos), além de não abordar sintomas somáticos, reduzindo a potencial interferência de comorbidades.

Na realidade da atenção básica, há poucos estudos, mormente locais, sobre a depressão geriátrica. Castelo *et al.* (2004) promoveu a validação da EDG em nível local, por pesquisa realizada com idosos atendidos em unidades de saúde primária de Fortaleza, utilizando o EDG e a SCID-I, buscando identificar os melhores pontos de corte da EDG. Nele, demonstrou-se a sua importância como instrumento de rastreamento da depressão entre idosos na atenção primária, inclusive nas versões reduzidas de 15 e 4 questões, pela elevada sensibilidade e valor preditivo negativo.

A escassez de estudos sedimenta a necessidade da produção de pesquisas sobre o tema no âmbito da estratégia de saúde da família.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a prevalência de depressão em uma população de idosos assistida pela equipe de Saúde da Família de Fortaleza – CE.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar a prevalência de depressão entre idosos da população assistida;
- Identificar o perfil sócio-demográfico e clínico dos idosos com depressão atendidos pela equipe de saúde;
- Verificar a existência de associação entre depressão e as variáveis sócio-demográficas e clínicas na população estudada;
- Analisar a correlação entre déficit cognitivo e depressão.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Realizou-se estudo do tipo quantitativo, descritivo, transversal, envolvendo uma amostra da população idosa pertencente à área de atuação da equipe de saúde da família (eSF) local.

4.2 Local de estudo

A pesquisa foi realizada no Centro de Saúde da Família Professor Galba de Araújo, pertencente à Secretaria Executiva Regional VI (SER VI) do município de Fortaleza, onde o Programa de Saúde da Família (PSF) pelo qual a população do estudo é assistida.

4.3 População do estudo

A população-fonte integra a área de adscrição da equipe Lagoa Redonda, uma das três equipes da unidade, com 3741 habitantes conforme o SIAB (2012), das quais 309 indivíduos têm 60 ou mais anos, considerada a população do estudo.

4.4 Cálculo da amostra

A amostra do estudo foi constituída de 120 idosos, calculada a partir da fórmula a seguir, indicada para populações finitas, quando se fixou uma prevalência (P) de 15% da população idosa com depressão, um nível de significância de 5% e um erro amostral (e) relativo de 5%, e onde Q representa a população total e N, a população idosa da área.

$$n = \frac{t_{5\%}^2 \times P \times Q \times N}{e^2 (N-1) + t_{5\%}^2 \times P \times Q}$$

Os idosos foram escolhidos de maneira aleatória a partir da tabela de Kisher, dentre aqueles pertencentes a áreas cobertas por agentes comunitários de saúde – cinco microáreas ao todo.

4.5 Seleção da amostra

Os critérios de inclusão adotados foram: pessoas com sessenta anos ou mais, pertencentes à clientela adscrita da área da eSF e sem diagnóstico atual de depressão. Foram excluídos do estudo os idosos com déficit cognitivo importante e/ou incapazes de se comunicarem, aqueles que fossem moradores do mesmo domicílio – a fim de evitar o viés de repetição de comportamento.

Dadas as limitações encontradas e obedecendo aos critérios adotados, foram entrevistados 78 idosos ao longo do período do estudo.

4.6 Coleta dos dados

Inicialmente, foi realizado um estudo piloto com idosos pertencentes a outras áreas de adscrição da unidade de saúde para o treinamento em campo e a avaliação do instrumento de pesquisa adotado. A seguir, procedeu-se a coleta dos dados contidos em um questionário estruturado com informações socioeconômicas e condições clínicas (APENDICE 1), com a avaliação cognitiva (ANEXO A) e a Escala de Depressão Geriátrica (ANEXO B), aplicado pelos participantes da pesquisa devidamente treinados, o pesquisador e alunos do curso de graduação em Medicina da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), durante as consultas ambulatoriais e em visitas domiciliares à população do estudo acompanhados dos respectivos agentes comunitários de saúde de cada área (cinco ao todo), no período de janeiro a abril de 2014.

As variáveis sócio-demográficas e clínicas questionadas foram:

- Nome do entrevistado, data de nascimento, idade, sexo, raça; religião, escolaridade (em anos de estudo), moradia, cuidador, nível sócio-econômico (renda), situação conjugal/familiar, história familiar de depressão;
- Comorbidades auto-referidas: Hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), doença renal, dislipidemia, obesidade ou outra(s);
- Uso de medicações: anti-hipertensivos, antidiabéticos orais, insulina, antidiabéticos orais e insulina ou outra(s);
- Complicações crônicas: Infarto agudo do miocárdio (IAM), doença coronariana, acidente vascular cerebral (AVC), pé diabético, amputação por DM, doença renal ou outra(s).

O *Mini Mental Status Examination* (MMSE) – ou Mini Exame do Estado Mental (MEEM) – foi o instrumento utilizado para avaliar a função cognitiva, por ser o teste de avaliação cognitiva mais usado e estudado no rastreamento da demência. Em seu uso, atribui-se 1 (um) ponto a cada item respondido, que somados, comparando-se com os anos de estudo, classifica-se o resultado como ausência de deficiência cognitiva, quando maior ou igual ao ponto de corte, ou deficiência cognitiva presente quando abaixo do escore de corte. No Brasil, na primeira versão publicada por Bertolucci et al(1994), foi observada clara e forte influência da escolaridade sobre os escores totais do MEM (BRUCK *et al*, 2003). Estudos sugerem, então, como pontos de corte, os escores medianos por anos de escolaridade: para analfabetos, 20; para idade de 1 a 4 anos, 25; de 5 a 8 anos, 26,5; de 9 a 11 anos, 28; para indivíduos com escolaridade superior a 11 anos, 29 (BRUCK *et al*, 2003).

A Escala de Depressão Geriátrica (*Geriatric Depression Scale – GDS*) tem sua versão completa estruturada por 30 itens, com perguntas validadas e respostas binárias tipo “sim” ou “não”, sendo utilizada, para este estudo, a versão reduzida de 15 itens (ANEXO 2), por sua sensibilidade e especificidade consideráveis (86,8% e 82,4%, respectivamente), em comparação com a versão completa, validado localmente no ambiente da atenção primária (CASTELO, 2004), contexto semelhante ao da pesquisa. A cada resposta “sim” ou “não”, atribui-se um ponto por resposta indicativa de depressão. A somatória permite classificar em: resultado normal (depressão ausente), quando a soma fosse menor ou igual a 5 (cinco)

pontos; depressão presente, com a somatória acima de 5 (cinco) pontos, considerando-se os pontos de corte validados por Castelo *et al.* (2004).

4.7 Análise dos dados

Os dados coletados foram incluídos em uma planilha Excel 2010 e processados utilizando o programa estatístico SPSS versão 20.2. Apresentam-se os resultados em tabelas e gráficos. Foram calculadas as medidas média e desvio padrão, das variáveis idade, MEEM e EDG-15. Verificaram-se as associações entre déficit cognitivo e depressão com as variáveis sócio-demográficas e clínicas por meio dos testes de qui-quadrado (χ^2) e razão de verossimilhança, fixando-se o nível de significância em 5%. A correlação entre déficit cognitivo e depressão foi realizada pelo coeficiente de correlação linear ρ de Spearman.

4.8 Aspectos éticos

Foram respeitados os princípios éticos envolvendo pesquisas com seres humanos explícitos na Resolução No. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e a prévia aceitação espontânea expressa em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE 2), assinado pelo paciente ou seu responsável. O projeto de pesquisa teve a aprovação pelo CEP da UFC (Protocolo n° 083267/2013).

5 RESULTADOS

Os 78 idosos entrevistados apresentaram idades que variaram de 60 a 94 anos, com média de $68,8 \pm 7,3$ anos; houve predominância da faixa etária de 60 a 69 anos (61,5%) e do gênero feminino (62,8%). Quanto à raça, 48 (61,5%) se pronunciaram de cor parda, enquanto 21,8% informaram ser brancos e 16,7% de cor negra. A maioria dos que declararam ter religião (75 idosos ao todo) foi composta por católicos (76% do total).

Sobre a escolaridade, 56 idosos (71,8%) frequentaram a escola por pelo menos um ano, sendo 57,1% destes entre um e quatro anos de estudo e 42,9% com 5 ou mais anos; enquanto 22 (28,2% do total) eram analfabetos.

Quanto à ocupação, 59 idosos (75,6% do total) encontravam-se aposentados. Dentre os que ainda trabalhavam, havia ofícios variados, dos quais se destacaram o de vendedor (6,4% da amostra) e de agricultor (5,1%). Sobre o auxílio de cuidador, 62 idosos (79,5%) não apresentavam (TABELA 1).

Referente ao nível econômico, 32 idosos (42,1%) apresentaram renda familiar entre um e dois salários mínimos³ (SM), 19,7% ganhavam menos de um salário mínimo e 38,2% recebem acima de 2 SM. A média da renda foi de $1,9 \pm 1,5$ SM.

Sobre sua situação familiar, 41 idosos (52,6%) viviam com companheiro (a), com ou sem filhos e outros familiares; 29(37,2%) moravam com familiar(es) e/ou outra(s) pessoa(s) sem laço(s) consanguíneo(s) ou conjugal(ais) e 8 indivíduos (10,2%) viviam sozinhos.

Quanto ao histórico familiar de depressão, a maior parte dos entrevistados (70,5% dos idosos) não possui familiares com a condição, enquanto dentre aqueles que informaram ter membros com depressão, encontraram-se em mãe, filho(s), irmão/irmã, neto, tia, sobrinha, e cônjuge, inclusive em mais de um familiar próximo (mãe-irmãs, irmão-sobrinha, irmã-filho-mãe).

³ SM: Salário-Mínimo (1 SM = R\$ 724,00).

TABELA 1 – Distribuição dos idosos segundo as características sócio-demográficas, Fortaleza- Ceará, de janeiro a abril de 2014.

VARIÁVEL		Nº	% *	
IDADE (anos)	60 - 69	48	61,5	Média ± DP 68,8 ± 7,3
	70 - 94	30	38,5	
SEXO	Masculino	29	37,2	
	Feminino	49	62,8	
RAÇA	Branca	17	21,8	
	Negra	13	16,7	
	Parda	48	61,5	
RELIGIÃO	Católica	57	76,0	
	Protestante	17	22,6	
	Budista	1	1,3	
	Ausente	3	4,0	
ESCOLARIDADE (anos de estudo)	Analfabeto	22	28,2	
	1-4 anos	32	41,0	
	5 ou mais	24	30,8	
MORADIA	Casa própria	68	87,2	
	Outra	10	12,8	
CUIDADOR	Sim	16	20,5	
	Não	62	79,5	
RENDA (em SM*) n=76	Até 1	15	19,7	1,9 ± 1,5
	Entre 1 e 2	32	42,1	
	2 ou mais	29	38,2	
OCUPAÇÃO	Sim	19	24,4	
	Não	59	75,6	
SITUAÇÃO CONJUGAL/ FAMILIAR	Vive com companheiro(a) e filho(s)	13	16,7	
	Vive c/ companheiro(a) sem filho(s)	12	15,4	
	Vive c/ companheiro, filho(s) e outros familiares	16	20,5	
	Vive sem companheiro(a) c/ familiares	26	33,4	
	Vive c/ outras pessoas não consanguíneas e/ou cônjuge	3	3,8	
	Vive só	8	10,2	
DEPRESSÃO NA FAMÍLIA	Sim	23	29,5	
	Não	55	70,5	

* SM: Salário Mínimo.

Entre as comorbidades encontradas, únicas ou simultâneas, a hipertensão foi referida por 51 idosos (65,4%), a dislipidemia por 27 (34,6% do total) e a diabetes mellitus por 23,1% dos entrevistados. Dentre outras doenças, destacaram-se a osteoporose, doença renal, obesidade, câncer, artrose, doença benigna da próstata,

hipotireoidismo, hérnia de disco e a insônia. Não houve comorbidades em 10,2% dos idosos (TABELA 2).

Sobre os medicamentos habitualmente utilizados, 64,1% dos entrevistados afirmaram usar anti-hipertensivos orais, 23,1% usavam antidiabéticos orais, estatina em 19,2% dos idosos e 7,7% em uso de cálcio e bisfosfonato. Outros medicamentos citados foram: ansiolítico, hormônio tireoidiano, corticoide, anticoagulantes, alfa-adrenérgico, vasodilatador, em número reduzido da amostra. Outros 10,2% dos idosos não faziam uso regular de medicações (TABELA 2).

Quanto às complicações crônicas mencionadas, a doença coronariana acometeu 5 idosos (6,4%), o infarto agudo do miocárdio(IAM) ocorreu em 4 idosos (5,1%), e o acidente vascular cerebral (AVC) em 3 idosos, como a doença renal crônica, com 3,8% dos entrevistados (TABELA 2).

TABELA 2 – Distribuição dos idosos segundo as doenças auto-referidas, medicamentos e complicações crônicas, Fortaleza-Ceará, de janeiro a abril de 2014

VARIÁVEIS		Nº	%*
Doenças	Diabetes	18	23,1
	Hipertensão arterial	51	65,4
	Doença renal	5	6,4
	Dislipidemia	27	34,6
	Obesidade	4	5,1
	Osteoporose	7	8,9
	Câncer	4	5,1
	Artrose	3	3,9
	Hipotireoidismo	2	2,6
	Insônia	2	2,6
	Hérnia de disco	2	2,6
	Nenhuma	8	10,2
Outras	7	8,2	
Medicamentos	Anti-hipertensivos	50	64,1
	Antidiabéticos orais	18	23,1
	Estatina	15	19,2
	Alendronato e cálcio	6	7,7
	Hormônio tireoidiano	2	2,6
	Ansiolítico	2	2,6
	Nenhum	8	10,2
	Outros	5	6,4
Complicações Crônicas	Infarto agudo do miocárdio	4	5,1
	Doença coronariana	5	6,4
	AVC	3	3,8
	Doença renal crônica	3	3,8
	Nenhuma	60	76,9

* entrevistados com mais de uma doença e/ou de um medicamento usados simultaneamente.

Em relação à capacidade cognitiva avaliada pela aplicação do MMSE, ajustado à escolaridade, o déficit cognitivo esteve presente em 32 idosos entrevistados (41%), enquanto a maioria (58,9% do total) não apresentava deficiência na cognição. A pontuação variou entre 6 e 30, com média de $23,46 \pm 4,7$. Entre os que apresentaram déficit cognitivo, a média foi de $19,84 \pm 4$, enquanto naqueles sem déficit, foi de $25,9 \pm 3,4$.

Ao se estabelecerem correlações entre o perfil sócio-demográfico e déficit cognitivo, verificou-se que não houve significância estatística, entre os grupos, exceto quanto ao grupo dos entrevistados que ainda trabalham, o qual apresentou menor número de indivíduos com deficiência cognitiva ($p=0,03$) em relação àqueles sem ocupação (TABELA 3).

TABELA 3 – Distribuição dos idosos segundo as características sócio-demográficas, déficit cognitivo e depressão, Fortaleza-Ceará, de janeiro a abril de 2014.

VARIÁVEIS	DÉFICIT COGNITIVO				p	DEPRESSAO				p
	Presente		Ausente			Presente		Ausente		
	Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%	
IDADE (anos)					0,423 ¹					0,816 ¹
60 - 69	18	37,5	30	62,5		9	18,8	39	81,3	
70 - 94	14	46,7	16	53,3		5	16,7	25	83,3	
SEXO					0,366 ²					0,900 ¹
Masculino	10	34,5	19	65,3		5	17,2	24	82,8	
Feminino	22	44,9	27	55,1		9	18,4	40	81,6	
RAÇA					0,448 ¹					0,378 ¹
Branca	9	52,9	8	47,1		5	29,4	13	70,6	
Negra	4	30,8	9	69,2		2	15,4	11	84,6	
Parda	19	39,6	29	59,0		7	14,6	41	85,4	
RELIGIÃO					0,361 ²					0,409 ²
Sim	30	40,0	45	60,0		14	18,7	61	81,3	
Não	2	66,7	1	33,3		0	0,0	3	100	
ESCOLARIDADE (em anos)					0,155 ¹					0,657 ¹
Analfabeto	11	50,0	11	50,0		5	22,7	17	77,3	
1 a 4	15	46,9	17	53,1		6	18,8	26	81,2	
5 ou mais	6	25,0	18	75,0		3	12,5	21	87,5	
MORADIA					0,537 ¹					0,288 ¹
Casa própria	27	39,7	41	60,3		11	16,2	57	83,8	
Outra	5	50,0	5	50,0		3	30,0	7	70,0	
CUIDADOR					0,050 ¹					0,410 ¹
Sim	10	62,5	6	37,5		4	25,0	12	75,0	
Não	22	35,5	40	64,5		10	16,1	52	83,9	

VARIÁVEIS	DÉFICIT COGNITIVO				p	DEPRESSÃO				p
	Presente		Ausente			Presente		Ausente		
	Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%	
RENDA (em SM*) - n=76					0,091 ¹					0,464 ²
Até 1	3	20,0	12	80,0		3	20,0	12	80,0	
Entre 1 e 2	17	53,1	15	46,9		7	21,9	25	78,1	
2 ou mais	11	37,9	18	62,1		3	10,3	26	89,7	
OCUPAÇÃO					0,003²					0,098 ²
Sim	2	10,5	17	89,5		1	5,3	18	94,7	
Não	30	50,8	29	49,2		13	22,0	46	78,0	
SITUAÇÃO CONJUGAL/FAMILIAR					0,597 ¹					0,623 ¹
Vive com companheiro(a) e filho(s)	19	46,3	22	53,7		9	22,0	32	78,0	
Vive c/ familiares ou pessoas não consanguíneas e/ou sem cônjuge	10	34,5	19	65,5		4	13,8	25	86,2	
Vive só	3	37,5	5	62,5		1	12,5	7	82,1	
HISTORIA FAMILIAR DE DEPRESSÃO					0,776 ¹					0,573 ¹
Sim	10	43,5	13	56,5		5	21,7	18	78,3	
Não	22	40,0	33	60,0		9	16,4	48	83,6	

1- Teste de qui-quadrado. 2- Teste de razão de verossimilhança

* SM: Salário Mínimo (1 SM = R\$ 724,00)

Quando às condições de saúde (comorbidades, uso de medicamentos e complicações crônicas) e deficiência cognitiva, não se encontrou associação com significância estatística entre os grupos, excetuando-se aqueles com dislipidemia, cuja maioria não apresentou déficit cognitivo ($p < 0,05$) (TABELA 4).

TABELA 4 – Distribuição dos idosos segundo as comorbidades, medicamentos e complicações crônicas segundo o déficit cognitivo e depressão, Fortaleza-Ceará, de janeiro a abril de 2014.

VARIÁVEIS	DEFICIT COGNITIVO				p	DEPRESSÃO				p
	Presente		Ausente			Presente		Ausente		
	Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%	
COMORBIDADES										
Diabetes					0,834 ¹					0,872 ¹
Sim	7	38,9	11	61,1		3	16,7	15	83,3	
Não	25	41,7	35	58,3		11	18,3	49	81,7	
Hipertensão arterial					0,315 ¹					0,924 ¹
Sim	23	45,1	26	54,9		9	17,8	42	82,4	
Não	9	33,3	18	66,7		5	18,5	22	81,5	
Doença renal					0,710 ²					0,132 ²
Sim	2	50,0	2	50,0		2	50,0	2	50,0	
Não	30	40,5	44	59,5		12	16,2	62	83,8	
Dislipidemia					0,049 ¹					0,924 ¹
Sim	7	25,9	20	74,1		5	16,5	22	81,5	
Não	25	49,0	26	51,0		9	17,6	42	82,4	
Obesidade					0,710 ²					0,202 ²
Sim	2	50,0	2	50,0		-	-	4	100	
Não	30	40,5	44	59,5		14	18,9	60	81,1	
Nenhuma					0,448 ¹					0,113 ¹
Sim	3	37,5	5	62,5		-	-	8	100	
Não	29	41,4	41	58,6		14	20,0	56	80,0	
MEDICAMENTOS										
Anti-hipertensivos					0,233 ¹					0,987 ¹
Sim	23	46,0	27	54,0		9	18,0	41	82,0	
Não	9	32,1	19	67,9		5	17,9	23	82,1	
Antidiabéticos Oraís					0,834 ¹					0,872 ¹
Sim	7	38,9	11	61,1		3	16,7	15	83,3	
Não	25	41,7	35	58,3		11	18,3	49	81,7	
Nenhum					0,448 ¹					0,113 ¹
Sim	3	30,0	7	70,0		-	-	10	100	
Não	29	42,8	39	57,4		14	20,6	54	79,4	
COMPLICAÇÕES CRÔNICAS										
IAM*					0,491 ²					0,132 ²
Sim	1	25,0	3	75,0		2	50,0	2	50,0	
Não	31	41,9	43	58,1		12	16,2	62	83,8	
Doença coronariana					0,962 ¹					0,903 ²
Sim	2	40,0	2	60,0		1	20,0	4	80,0	
Não	30	41,1	43	58,9		13	17,8	60	82,2	

* Infarto Agudo do Miocárdio

1- Teste de qui-quadrado. 2- Teste de razão de verossimilhança

Sobre a presença de sintomas depressivos, a maior parte dos idosos (64 ou 82,1% do total) não apresentava depressão. A prevalência de depressão na população estudada foi de 17,9%, com leve predomínio do sexo feminino (18,4%). A pontuação da EDG-15 variou de zero a 9 pontos, com média de $3,44 \pm 2,03$. A média de pontos entre aqueles com sintomas depressivos foi de $6,5 \pm 1,0$. Entre os idosos sem depressão, a média foi de $2,78 \pm 1,5$.

Não houve relação estatisticamente significativa entre os dados sócio-demográficos e clínicos e a EDG-15 (TABELA 4).

Analisando-se o déficit cognitivo e depressão, verificou-se uma correlação inversamente proporcional (GRÁFICO 1), na qual grandes valores do MEEM correspondem a pequena pontuação na EDG ($r = -0,288$; $p = 0,001$). Essa correlação ocorreu no gênero feminino ($r = -0,518$; $p < 0,001$), de forma marcante na faixa etária de 60 a 69 anos ($r = 0,566$; $p = 0,001$), e dentre aqueles que têm ocupação ($r = -0,482$; $p = 0,033$). Houve uma tendência para correlação inversa para os idosos que vivem com o companheiro ($r = -0,304$; $p = 0,053$) e para aqueles com cuidador ($r = -0,247$; $p = 0,053$) (TABELA 5).

GRÁFICO 1 – Gráfico de dispersão entre escores do MEEM e EDG-15

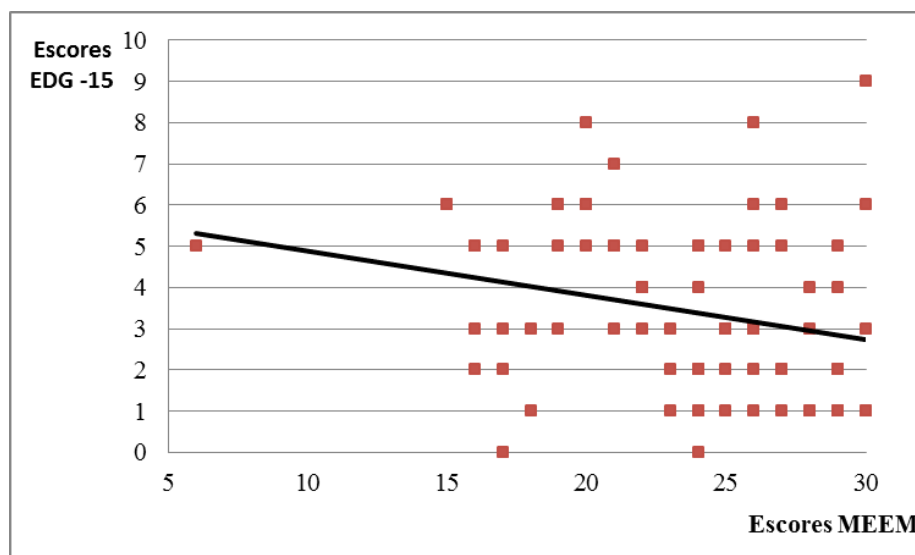


TABELA 5 – Correlação entre déficit cognitivo e depressão segundo as variáveis sócio-demográficas, Fortaleza-Ceará, de janeiro a abril de 2014.

VARIÁVEIS			
	n	r*	p
IDADE (anos)			
60-69	31	-0,566	0,001
70 ou mais	18	-0,421	0,082
SEXO			
Feminino	49	-0,516	<0,0001
Masculino	29	0,038	0,845
CUIDADOR			
Sim	16	-0,173	0,521
Não	62	-0,247	0,053
OCUPAÇÃO			
Sim	19	-0,492	0,033
Não	59	-0,208	0,115
SITUAÇÃO CONJUGAL/FAMILIAR			
Vive com companheiro(a) e filho(s)	11	-0,304	0,053
Vive c/ familiares ou outras pessoas não consanguíneos e/ou sem cônjuge	29	-0,307	0,106
Vive só	8	-0,444	0,271

* equivale ao *rho* de Spearman

5 DISCUSSÃO

A prevalência de depressão no presente estudo foi condizente com outros estudos realizados em contexto semelhante no Brasil, ainda que com outros instrumentos diferentes da EDG.

No Sul do país, pesquisa desenvolvida entre idosos, usando o instrumento BOAS⁴ encontrou uma prevalência de 19,7% (BENEDETTI *et al.*, 2008). Estudo que promoveu a validade da EDG, em unidades primárias de Fortaleza, encerrou prevalência de 17,2% (CASTELO *et al.*, 2004). Em uma comunidade assistida pela ESF no município de Passo Fundo (RS), encontrou-se a prevalência de 21,2% com a EDG (BORGES & DALMOLIN, 2012). Pesquisa de suspeição de depressão segundo a EDG, em município mineiro, detectou a prevalência de 21,88% (REBELLO *et al.*, 2011).

Cabe ressaltar que a prevalência de depressão encontrada pode estar subestimada, uma vez que foram excluídos da pesquisa, os idosos com diagnóstico prévio da doença.

O perfil sócio-demográfico encontrado aponta para o maior contingente de idosos mais jovens (de 60 a 69 anos), do gênero feminino, aposentados, casados e portadores de hipertensão arterial, em consonância com a literatura.

A depressão predominante na faixa etária de 60 a 69 anos encontrou informações semelhantes em outros estudos do gênero (REBELLO *et al.*, BORGES & DALMOLIN, 2012; CASTELO *et al.*, 2004). Conforme os dados do IBGE (Censo 2010), a população idosa neste grupo etário prevalece sobre as demais na velhice, o que aponta para a necessidade de políticas voltadas para o público geriátrico em questão.

⁴ Sigla para *Brazil Old Age Schedule*: criada na Inglaterra (1986), trata-se de uma ferramenta multidimensional que cobre áreas da vida do idoso, passando pelos aspectos físicos e mentais, atividades do dia a dia e situação social e econômica. Foi utilizada pela primeira vez, no Brasil, por Renato Veras e Sidney Dutra, em inquérito populacional no Rio de Janeiro (VERAS, 2008, p.7).

O ponto de destaque, em diferentes pesquisas, refere-se ao predomínio do gênero feminino entre os entrevistados. Em pesquisa de prevalência de depressão em hospital terciário, constatou-se que 68% da amostra pertenciam à população feminina (FERRARI & DALACORTE, 2001). Na pesquisa de Castelo *et al.* (2004), 71,2% dos participantes era de mulheres. Em ambulatório geral no Sudeste (Rio de Janeiro-RJ), ou especializado em geriatria no Nordeste (São Luís - MA), houve uma prevalência em torno de 72% de mulheres (PARADELA *et al.*, 2005; GONÇALVES & ANDRADE, 2009).

Ao contrário, em estudo de validação da EDG entre coronarianos, houve leve predomínio masculino (PINHO e cols., 2010), possivelmente devido à maior frequência da doença arterial coronariana nessa população. Pode-se atribuir a predominância feminina possivelmente à maior procura aos diferentes serviços de saúde, especializados ou não, bem como à maior expectativa de vida e longevidade deste gênero.

Não houve, contudo, diferença estatística significativa entre homens e mulheres com relação à prevalência de depressão no presente estudo, assim como em outras pesquisas levantadas em artigo de revisão (PINHO *et al.*, 2009).

A distribuição da amostra, conforme a raça, foi distinta do último censo demográfico nacional (IBGE, 2010c), no qual prevaleceu a raça branca (55,9%), assim como em estudos com a população geriátrica, segundo Gonçalves e Andrade, (2010) e Gazalle *et al.*(2004).

Outras variáveis sócio-demográficas apresentaram consonância com estudos na atenção básica, dentre as quais a baixa escolaridade e renda. Borges & Dalmolin (2012) encontraram que a maioria da população idosa assistida (50,7%) tinha entre 1 a 4 anos de estudo. Paradela *et al.*(2005) encontrou 45,5% com esse nível escolar. A frequência de analfabetos na pesquisa, considerada alta, foi recorrente tanto em idosos hospitalizados quanto em ambulatórios geral e especializado.

Sobre a escolaridade, evidenciou-se a baixa escolaridade da população pesquisada, em concordância com trabalhos na mesma temática. A literatura aponta que a escolaridade representaria um papel protetor para sintomas depressivos, assim como a associação entre menor nível escolar e maior número de idosos deprimidos.

A baixa escolaridade e renda familiar estão presentes em idosos restritos ao domicílio, segundo Ursine *et al.* (2011). A compreensão desses fatores favorece a formulação de estratégias de intervenção específicas para depressão em grau insipiente.

Quanto à situação familiar, a maioria vive com o companheiro (a) e filho (s), à semelhança de estudos anteriores na ESF, condição apontada como fator para menor desenvolvimento de depressão (PINHO *et al.*, 2009), servindo, como suporte de proteção ao idoso contra essa condição.

A coexistência entre doenças físicas e mentais é frequente, sendo aceito que a presença de uma patologia orgânica aumenta o risco de transtornos psiquiátricos. Evidências sugerem que a incidência de depressão pode estar associada à vulnerabilidade dos idosos para problemas de saúde e suas limitações do que à idade propriamente dita (PINHO, CUSTÓDIO, MAKDISSE, 2009).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi a doença mais prevalente entre os idosos, isolada ou em conjunto a outras comorbidades, dado presente em outros estudos nacionais e internacionais. Duarte & Rego (2006) demonstraram 62,2% de hipertensos em sua amostra, e associação positiva com depressão no sexo masculino. Na Estratégia Saúde da Família, essa prevalência variou de 38,2% a 66,8% (GONÇALVES & ANDRADE, 2008; BORGES E DALMOLIN, 2012).

Demais doenças encontradas, como diabetes mellitus, obesidade, câncer, dentre outras, são encontradas em vários estudos. Quanto aos fatores clínicos associados à depressão, incluindo complicações crônicas e medicações, a partir da análise univariada, não se observou correlação estatisticamente significativa no presente estudo.

A pesquisa mostrou uma correlação inversa e significativa entre o MEEM e a EDG-15, achado que se assemelhou ao estudo realizado entre idosos internados em hospital terciário, que apontou dispersão semelhante (FERRARI & DALACORTE, 2007). Ao se controlar a variável idade, essa associação ocorreu somente no gênero feminino, de forma mais evidente em idosos de 60 a 69 anos.

A correlação inversa também foi verificada entre os idosos que ainda trabalham. Essa informação pode sugerir que idosos que se mantêm em atividade, apresentam menor frequência de depressão e de demência, benefício provavelmente semelhante encontrado entre aqueles que realizam exercício físico regularmente conforme BENEDETTI *et al.* (2008).

6 CONCLUSÕES

A depressão constitui-se condição de saúde mental prevalente na amostra estudada, com predominância no gênero feminino e em idosos de 60 a 69 anos de idade, informação condizente com a literatura, motivo que reforça sua importância no contexto da saúde pública.

A hipertensão arterial dominou a prevalência entre as doenças crônicas não transmissíveis referidas. A existência de condições crônicas associadas favorece o surgimento dos transtornos mentais, dentre os quais, a depressão.

Não se verificaram associações significativas entre as variáveis sócio-demográficas e clínicas pesquisadas e a depressão.

Houve uma correlação inversamente proporcional entre desempenho cognitivo e depressão geriátrica, entre o gênero feminino, e neste, no grupo etário de 60 a 69 anos; e entre os que têm ocupação. A relação bidirecional existente entre depressão e demência torna o diagnóstico e subsequente tratamento, de ambas as condições, difíceis e, por vezes, retardados.

Podemos observar neste estudo, a importância de se utilizarem instrumentos padronizados voltados para a população idosa, no cotidiano da atenção primária. A prática do rastreamento de depressão tornaria precoce a captação de usuários com sintomas depressivos, podendo-se intervir em seus fatores de risco, instituir as medidas de tratamento adequado e, assim, promover a melhoria da qualidade de vida e o envelhecimento saudável da população assistida.

Existem algumas limitações do estudo, especialmente relativos à quantidade da amostra estudada, que não contemplou microáreas descobertas por agentes comunitários de saúde; o tipo de estudo (transversal), em que não se pode estabelecer a sequência temporal entre as associações dispostas; além de não se ter realizado a avaliação da capacidade funcional, o que ampliaria a análise.

Embora considerando a diversidade sócio-cultural entre as regiões brasileiras onde se realizaram os estudos semelhantes referidos, além do tipo de pesquisa, cuja sequência temporal entre as associações verificadas não podem se estabelecer, podemos extrapolar os resultados da pesquisa à população local, ampliando, contudo, a amostra, o que exige a continuidade de estudos envolvendo toda a população idosa da área.

REFERÊNCIAS

- Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuropsiquiatria**. 1999; 57(2-B): 412-6.
- Arantes, DV. Depressão na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro. 2007; 8(2): 261-269.
- Bauer MO, Grauer GJ, Nardi NB. Depressão maior e atividade do sistema imunológico. **Revista ABP-APAL**. 1993; 15: 87-94.
- Beekman, AT, Copeland, JR & Prince, MJ. Review of community prevalence of depression in later life. **British Journal of Psychiatry**, 1999; 174: 307–311.
- Benedetti, Tânia RB, Borges, Lucélia J, Petroski, Edio L, Gonçalves, Lúcia HT. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. **Rev Saúde Pública** 2008; 42(2):302-7
- Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci S, et al. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, 1994; 52: 1-7.
- Borges, Daniela T, Dalmolin, Maria B. Depressão em idosos de uma comunidade assistida pela Estratégia de Saúde da Família em Passo Fundo, RS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Florianópolis, 2012, Abril a Junho; 7(23): 75-82.
- Boustani, M, Peterson B, Hanson, L, Harris Russell, Lohr, KN. Screening for Dementia in Primary Care: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. In: *Clinical Guidelines*. **Annals of Internal Medicine**, 2003; 138(11): 929-930.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2006. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 19: 36.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2012. 110 p.

- Bromet *et al.* Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. **Revista BMC Medicine**, 2011; (9):90.
- Brucki MDS, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto Ivan H. Sugestões Para o uso do Mini Exame do Estado Mental no Brasil. **Arq. Neuropsiquiatr.** 2003; 61(3-B): 777-781.
- Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Caderno de Saúde Pública**. 2003; 19(3): 725-33.
- Castelo, MS. Validade da Escala de Depressão Geriátrica em Unidades Primárias de Saúde na cidade de Fortaleza, Ceará. [Dissertação]. Fortaleza. Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, 2004.
- Conn DK. An approach to detecting and screening depression. **Geriatric Ageing**, 2005; 8(Suppl 8): 3-7.
- Cuche H, Gerard A. **Não aguento mais: um guia para compreender e combater a depressão**. 2a Ed. Campinas (SP); Papirus; 1994.
- Ferrari JF, Dalacorte RR. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. **Revista Scientia Medica**. Porto Alegre. 2007; 17(1): 3-8.
- Forlenza, OV, Nitrini, R. Doença de Alzheimer. *In*: Fráguas, R. Jr.; Figueiró J.A.B. (eds). **Depressões Secundárias: depressões associadas a condições médicas e medicamentos**. Rio de Janeiro: Atheneu. 2001. p.109-18,.
- Forlenza, OV, Neto JG, Tamelini MG. Diagnóstico Diferencial das Demências. *In*: **Revista de Psiquiatria Clínica**. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol32/n3/119.html>>. Acesso em 29 de julho de 2013.
- Frank MH, Rodrigues NL. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. *In*: Freitas EV, Py L, Neri AL *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara, 2011.p. 314-22.
- Gazalle FK, Hallal PC, Lima MS. Depressão na população idosa: os médicos estão investigando? **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 2004; 26(3): 145-149.
- Giavoni A, Melo GF, Parente I, Dantas G. Elaboração e validação da Escala de Depressão Geriátrica para idosos. **Caderno de Saúde Pública**.2008; 24(5): 975-82.
- Gil, Antonio C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª Ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- Gonçales CAV, Machado AL. Depressão, o Mal do Século: de que Século? **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro. 2007; 15(2): 298-304.

Gonçalves, Daniel A., Mari JJ, Bower, Peter, Gask, Linda, Dowrick, Christopher Tófoli, Luis F, Campos, Mônica, Portugal, Flávia B, Ballester, Dinarte, Fortes Sandra. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(3): 623-632, mar, 2014.

Gonçalves, Valdênia C, Andrade, Kátia L. Prevalência de depressão em idosos atendidos em ambulatório de geriatria da região nordeste do Brasil (São Luís-MA). **Revista Brasileira de Gerontologia**, Rio de Janeiro. 2010; 13(2): 289-299.

IBGE 2010a: **Indicadores Socio-demográficos e de Saúde no Brasil Volume 25**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/lojavirtual/fichatecnica.php?codigoproduto=9097>>. Acesso em junho de 2012.

IBGE 2010. **Tábuas Abreviadas de Mortalidade por Sexo e Idade**. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação, 2010b. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Abreviadas_de_Mortalidade/2010/tabuas_abreviadas_publicacao_2010.pdf>. Acesso em agosto de 2013.

IBGE 2010. Censo Demográfico 2010 – Resultados gerais da amostra. Rio de Janeiro, 2010c. 239p

Mulsant BH, Ganguli M. Epidemiology and diagnosis of depression in late life. **Journal of Clinic Psychiatry**. 1999; 60 (Suppl 20):45-51.

Organização Mundial da Saúde. Classificação de Transtornos mentais e de Comportamento do CID-10. **Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Porto Alegre: Artmed, 1993(Reimpr 2008): 117-22.

Organização Mundial da Saúde. **Global Burden of Disease (GBD): As estatísticas de saúde e sistemas de informação de saúde**, 2013. Disponível em: <www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/>. Acesso em Fevereiro de 2013.

Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. **Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral**. Revista de Saúde Pública. 2005;39(6):918-23.

Pinho MX, Custodio 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): 123-40.

- _____,_____,_____, Carvalho ACC. Confiabilidade e validade da Escala de Depressão Geriátrica em idosos com doença arterial coronariana. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2010; 94(5): 570-79.
- Póvoa TR, Amaral AS, Cárdenas CJ, Viana LG, Tavares AB, Machado FV. Prevalência de depressão nos idosos institucionalizados na morada do idoso do instituto de gerontologia de Brasília. **Brasília Médica**. 2009; 46(3): 241-6.
- Raskind, MA. The Clinical Interface of Depression and Dementia. **J Clin Psychiatry**. 1998; 59(Suppl 10):9-12.
- Rebello PMP, Leite SP, Mouallem ARE, Lisboa ACV, Marcelino AR, Bernardo, BS. Suspeição de depressão segundo escala geriátrica em uma equipe de saúde da família. **Revista APS**, 2011; 14(3): 313-18.
- Rede Interagencial de Informação para a Saúde: **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações** / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - RIPSa. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349p.
- Resende MC, Almeida CP, Favoreto D, Miranda EG, Vicente JFP, Queiroz LA, Duarte, PF, Galicioli SCP. Saúde mental e envelhecimento. **PSICO**, Porto Alegre, PUCRS, 2011; 42(1): 31-40.
- Ribeiro PRM. Da psiquiatria à saúde mental: esboço histórico. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 1999; 48: 53-60.
- Siqueira GR, Vasconcelos DT, Duarte GC, Arruda IC, Costa JAS, Cardoso RO. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). **Ciência & Saúde Coletiva**, 2009; 14(1): 253-9.
- Soares, José Francisco. **Introdução à estatística médica**. 2ª Ed. Belo Horizonte. COOPMED, 2002.
- Solomon A. **O demônio do meio-dia – uma anatomia da depressão**. Rio de Janeiro: Objetiva; 2002.
- Teixeira, MAR. Melancolia e depressão: um resgate histórico e conceitual na psicanálise e na psiquiatria. **Revista de Psicologia da UNESP**. Assis, 2005; 4(1).
- Ursine Priscila GS, Cordeiro Hésio de A, Moraes Claudia L. Prevalência de idosos restritos ao domicílio em região metropolitana de Belo Horizonte. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(6): 2953-62, 2011.

Valentini W, Kohn R, Miranda CT, Mello AAF, Mello MF, Ramos CT et al. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. **Revista de Saúde Pública**. 2004; 38: 522-28.

Veras RP. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**. 2009; 43(3): 548-54.

_____, Caldas CP. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2004; 9(2): 423-32.

Veras, Renato. **Perfil do idoso brasileiro: questionário BOAS**. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2008,100p.

Vieira EB. **Manual de gerontologia**. Rio de Janeiro: Revinter; 1996. p 46-8.

Vieira, Sônia. **Introdução à bioestatística**. 5ª Ed. Rio de Janeiro. Campus, 1988.

Villano LAB, Gnanhay AL. Depressão: epidemiologia e abordagem em cuidados primários de saúde. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**. 2011;10(2):10-20.

World Health Organization. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *In*: **International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Bulletin of the World Health Organization**, 2000; 78(4):413-25.

World Health Organization. **Depression: A Global Public Health Concern**. Department of Mental Health and Substance Abuse, 2012. Disponível em: www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012>. Acesso em fevereiro de 2013.

World Health Organization. Depression. **Facts sheet No 369**, October, 2012. Disponível em www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/index.html>. Acesso em fevereiro de 2013.

World Health Organization. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**/ World Health Organization; tradução Suzana Gontijo – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang VS, Adeu M, Leirer, VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminar report. **J. Psychiatry Res**. 1983;17:37-42.

CAPÍTULO DE LIVRO (produzido durante o Mestrado)

ENSINO NA SAÚDE: APROXIMAÇÃO ENTRE TEORIA E PRÁTICA (NO PRELO)

ARAÚJO, MFM; Alves, R de S; Rodrigues A da SM; Sampaio, FHS; Oliveira CRT de; **Bezerra Neto, AG**; Borges, CL; Oliveira, ET; Araújo, RM; Lima, L de FA; Vieira, NFC; Santos, MCL; **Lima, AF**. GESTÃO DA TOLERÂNCIA A ESPERA POR ATENDIMENTO POR USUÁRIOS DE CENTROS DE SAÚDE DA FAMÍLIA. In: ARAÚJO, MFM; Alves, R de S; Arraes, PSD (Organizadores). **ENSINO NA SAÚDE: APROXIMAÇÃO ENTRE TEORIA E PRÁTICA. UNIDADE II – ESTUDOS E PESQUISAS** CAPÍTULO 8. Editora UFC, 2014 (**No prelo**)

GESTÃO DA TOLERÂNCIA À ESPERA POR ATENDIMENTO POR USUÁRIOS DE CENTROS DE SAÚDE DA FAMÍLIA (NO PRELO)

INTRODUÇÃO

Compreendendo a problemática

O presente capítulo apresenta resultados de uma experiência de estudo de base intervencionista desenvolvido no interior de serviços de saúde visando traçar um panorama de satisfação dos usuários que frequentam as unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) com relação à fila de espera como via de acesso aos cuidados de saúde, direito de acesso ao atendimento, espera, gestão da tolerância à espera. Neste estudo, foram identificados aspectos pertinentes, como o tempo de espera, os mecanismos utilizados pelos usuários para minimizar o “estresse” frente à espera, as formas de enfrentamento da espera, o conceito de espera partilhada, tolerância e sugestões de estratégias para facilitar a tolerância à espera por atendimento, que se apresenta como um dos mais significativos e atuais problemas de saúde pública.

A fila de espera assume inúmeras funções na alocação de serviços e produtos, entendendo que existe a probabilidade de que, ao chegar o momento que se precise ou se queira fazer uso do recurso, ele esteja ocupado, e aí surge a “fila de espera”, experiência que envolve os comportamentos humanos, as interações sociais decorrentes dessa situação vivida pelos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), população atendida nos Centros de Saúde da Família

(CSF) em Fortaleza e Juazeiro do Norte-CE. Este capítulo tem como o foco principal a fila de espera de caráter presencial e a gestão da tolerância à espera pelos usuários do sistema de Saúde Pública constituído da Rede de Atenção Básica.

A maior parte dos estudos sobre filas tem mostrado que ela surgiu para solucionar problemas práticos decorrentes do avanço tecnológico e da alta concentração urbana. A formação das filas tem sido a maneira encontrada pelas instituições e pelas pessoas para operacionalizar a espera por atendimento nos diversos serviços.

A teoria da fila (CHIAVENATO, 2003) refere-se à otimização de arranjos em condições de aglomeração e de espera e utiliza técnicas matemáticas variadas. Cuida dos pontos de estrangulamento, dos tempos de espera, ou seja, da demora verificada em algum ponto de serviço. É fato que a sua existência tem sido concretamente a única saída para garantia de acesso aos cuidados de saúde, provocando uma tensão social em relação à resolução dos problemas e necessidade da população por atendimento nos serviços de Saúde Pública. Tem representado a pressão diária sobre os gestores, por gerar situações de estresse e angústia e exige a resposta célere/rápida do serviço. Dessa forma e por várias razões traz como consequência a insatisfação da população.

Com o surgimento da fila, alguns questionamentos emergem desse fato: o que caracteriza uma fila?; qual o porquê do surgimento das filas?; como recursos limitados podem e devem ser compartilhados, tornando eficiente e racional que cada indivíduo disponha desses recursos quando precise ou queira fazer uso?; como lidar com a angústia, o estresse da espera, suas consequências e a gestão da tolerância à espera?

A interface do estresse é comumente observada entre clientes que aguardam atendimento em filas de espera, por meio de manifestações que envolvem aflições, medo, história de enfermidades, satisfação ou insatisfação com a qualidade do atendimento na instituição, constituindo-se, assim, em um espaço público integrado aos serviços onde as pessoas transitam e esperam ser atendidas. Durante esse tempo, elas conversam, trocam experiências entre si, observam, emocionam-se e expressam-se na pluralidade de demandas que emerge em meio à linguagem popular corriqueira que ganha elementos de alto potencial exploratório para os processos de gestão dos serviços e do cuidado à saúde.

A fila coloca-se como um espaço dinâmico com vários fenômenos psíquicos, culturais, singulares e coletivos, acontecendo, sendo diversificados em suas características cujos contornos seguem diversos caminhos, na grande maioria determinados pela própria população que enfrenta uma estrutura de gestão de filas por demanda espontânea que se organiza sob condições físicas de desconforto, sol, chuva, falta de assentos, falta de cadeiras de roda, competição por vagas de atendimento decorrente da insuficiência de cobertura da população de famílias aos cuidados à saúde acrescida pelo número insuficiente de equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou existência de equipes incompletas que não têm contribuído com aspectos de acolhimento com linguagens expressivas e instrumentais nas interações humanas que nem sempre são harmônicas nos propósitos de integração entre serviços de saúde e comunidade. Na fila, podem-se sentir os efeitos objetivos e subjetivos das políticas públicas que se interceptam na relação entre a população e a instituição (BERLINGUER, 1993).

Os clientes solicitam a otimização do funcionamento das organizações de Saúde através de estruturas de gestão para tomada de decisões racionais e de interesse de todos, além de processos de trabalho que aperfeiçoem o tempo de espera a partir da identificação das estratégias de enfrentamento/adaptação da espera entre os usuários com o intuito de redefinir relações entre população e serviços de Saúde, fomentando o desenvolvimento do processo de trabalho por meio de um desempenho técnico e cívico planejado que atenda a necessidade e garanta o direito de todos ao acesso, aos cuidados de saúde em todo o fluxo e complexidade (BRASIL, 1988).

Entende-se que nessa gestão deve estar contemplado um conjunto próprio de concepções filosóficas e ideias administrativas que operacionalizam as práticas gerenciais das instituições. Pode-se pensar na gestão dos serviços de Saúde como a “luz” para a mudança dessa realidade de filas e espera, tendo como iniciativa o entendimento e respeito das necessidades da população por meio dos gestores, que ~~estes~~ devem ser empáticos à situação e reconhecer a dimensão que tem esse problema de Saúde Pública, que vai contra os princípios preconizados pelo SUS e fere a dignidade do cidadão.

Nesse entendimento, a conceituação de fila nos escritos de um dicionarista (*Dicionário Michaelis de Língua Portuguesa 2012*), reporta-se a uma “fileira de pessoas, colocadas umas atrás das outras, por ordem de chegada, que se forma

nos lugares de grande afluência de interessados”. Tais filas existem pelo fato de os recursos serem limitados e pela necessidade deles serem compartilhados. Existem concepções de fila de espera claramente distintas conforme suas características abordadas e conforme seja tratada como algo abstrato ou concreto.

Carneiro (2001) ressalta em seus escritos que essas concepções estruturam-se no conceito de agrupamentos humano denominado serialidade, a série, em que os indivíduos representam um número de ordem (primeiro, segundo, terceiro etc.) e não há uma função social. Na série, não há interação e, conseqüentemente, não há articulação pela mútua representação interna. Não há uma pactuação através da comunicação, e sim uma articulação que ocorre apenas devido a uma força (lei, ordem, necessidade individual) proveniente do exterior, sendo um exemplo a fila de espera nos serviços de Saúde. Percebe-se que quando cessa o atendimento às necessidades de saúde, esse agrupamento se desfaz naturalmente.

Sobre a classificação e as características gerais das filas, uma primeira distinção a ser feita deve esclarecer as semelhanças e diferenças entre a fila de espera presencial e fila de espera não presencial. A primeira exige comportamento específico, como a permanência em pé ou sentado, geralmente atrás dos que chegaram antes. Podem-se incluir nessa primeira categoria as filas organizadas por agendamento prévio ou por sistemas de senhas que, embora presenciais para o atendimento, liberam o usuário para realizar outras atividades, já que o mesmo não precisa permanecer em determinada posição para garantir a prioridade. Nesses casos, o usuário pode até se ausentar do local por tempo determinado. Estando presente, o usuário pode observar a qualidade do atendimento, acompanhar o andamento da fila ou, pelo número da senha, ter uma estimativa de seu tempo de espera.

A fila não presencial é invisível, sem a presença física. Frequentemente, o usuário nem sequer tem informação sobre o processo de atendimento, o tempo previsto de espera ou o número de pessoas à sua frente. Suas configurações podem variar desde a típica fila presencial, como aquela em que as pessoas aguardam em pé uma atrás da outra, até formas recentes e mais implícitas de organização da espera, como aquelas geradas por tecnologias de comunicação, como solicitações por telefone e pela internet, chamadas mais recentemente por Zohar, Mandelbaum e Shimkin (2002) de “telefilas”.

O tempo e o motivo da espera tecem no comportamento social influência extraordinária no ambiente interno das instituições de saúde. Na prática cotidiana, sua repercussão no processo de trabalho em Saúde tem se apresentando de muitas maneiras: gratidão simbólica (por meio de presentes ou reverências àqueles que facilitam ou dão resolutividade ao acesso), negociações (acordos e pactuações, que podem ser relevantes de ordem institucional por meio de legislação pertinente, ou por meio de acordos deletérios que infringem a ordem e o direito à igualdade de oportunidade para todos), benesses (troca de favores, o conhecido “toma lá, dá cá”) ou violência (agressão verbal, agressão física), que em um movimento constante abarcam problemas os mais variados (modelos de gestão pouco resolutivos, baixa cobertura da população, indefinição de estruturas de referência para encaminhamento de cuidados mais complexos, número insuficiente ou falta de recursos humanos em todas as áreas de especialidades dos trabalhadores e profissionais da Saúde), aparecendo a fila, nas várias classificações, como via de acesso única e saída obrigatória para todos que necessitam de atendimento de saúde, surgindo a espera como uma variável que se registra de diferentes formas pelas instituições de ensino/serviços e pelos indivíduos e coletividades.

Nesta reflexão, tem sido possível observar que o conceito de espera entre os usuários não é unívoco, e o tempo da espera é um tempo paradoxal. A espera conhecida e falada por usuários dos serviços de Saúde surge como uma consequência fatal: todos têm que passar por ela. Compreendida de maneira ampla pelos clientes como ato de esperar, retratada no lamento ou na perplexidade das falas cotidianas ouvidas nos corredores dos serviços agrupadas em quatro contextos de reflexão:

1. **“Eu espero ser atendido”**– nesse caso, os clientes não apresentam vontade própria porque as restrições para o atendimento tendem a ser expressas como uma ação do outro. Este outro se apresenta como o provedor do cuidado (o político, o governo, o profissional) e a ele cabe o encaminhamento e a solução do problema do cliente, que, quando não atendido, assume atitude inicial de silenciamento, lamentação, resigna-se, aguarda uma solução encaminhada pelo outro.
2. **“O jeito é esperar”**– nessa questão, a espera não se associa mais a nomes que poderiam funcionar como referência para o atendimento das necessidades de quem espera. Nesse ponto, a equipe da ESF

pode ser o impedimento para a resolução do problema. Como afirmam os clientes: “nós não temos escolha, só podemos ir para os profissionais de uma equipe”. Como o espaço da fila não tem sido culturalmente voltado para os profissionais de Saúde, eles estão nos consultórios em grande parte do tempo. Sendo o espaço da fila um espaço público, aparecem vários movimentos para enfrentar a dificuldade de acesso ou tolerância à espera: os enfrentamentos na luta cotidiana, os acordos, as benesses ou o jeitinho brasileiro que ainda prevalece na lógica do mais “sabido”, aquele que tem como arma driblar os caminhos impostos e geralmente utilizam meios para conseguir resultados a qualquer preço e em qualquer situação, que quando não funcionam, o cliente insatisfeito usa de meios do tipo agressão verbal ou física.

3. **“Quem espera sempre alcança”** – aponta uma solicitação que sinaliza uma interferência na condição adotada pela pessoa na relação de espera. Aqui, a dimensão do sagrado-místico tem prevalecido. A fé como ausência total de dúvida ganha força na certeza do atendimento que de uma forma ou de outra vai acontecer, pode até chegar tarde, mas sempre vem como obra divina, uma graça recebida. Essa ordem pouco estudada da espera por atendimento pode estar relacionada a dimensões psicofísicas e ao distanciamento histórico da ciência tradicional que deixa a cargo da filosofia e da religião a explicação sobre fenômenos que fogem a modelos pautados pela explicação experimental, como a fé, a tolerância, a esperança, o amor, diante do próprio sofrimento. Nesse caso, a espera tem uma conotação abrangente, constitui uma dimensão humana e mostra-se propiciadora de sentido para a vida na medida em que favorece a busca de sentido transcendente que justifica um contexto do sagrado que está relacionado à esfera do tempo. Tem tempo para tudo...
4. **“Quem sabe faz a hora, não espera acontecer”** – a espera relaciona-se com a luta pelo respeito à dignidade humana, pelo direito à garantia de acesso colocada pelo sujeito como uma postura de cidadania que não aceita a estruturação do tempo unificado e homogêneo como condição de acesso ao cuidado. Acreditam que as instituições ignoram

as multitemporalidades, os usos e os costumes da população em busca de cuidados e estipulam o tempo para o atendimento, considerando aquele que não violenta a dignidade humana, que tira a paciência, provoca o estresse e influencia negativamente a saúde mental dos indivíduos e coletividades.

A espera tem sido um dos fatores que mais reúne queixas e reclamações da população que procura os serviços de Saúde. Dessa forma, é necessário equilibrar o ambiente, diluir as tensões e racionalizar os problemas; buscar alternativas mais participativas com a população para dar respostas efetivas à sociedade, entre elas a urgente normatização dos padrões de dignidade para a gestão da espera, que, por ser muito comum na vida cotidiana da população, tem sido banalizada na sua existência, continuando assim apenas como parte das lamentações diárias de quem busca atendimento ou soluções factuais de políticos, geralmente fato corriqueiro de promessas eleitoreiras.

A espera provoca quase sempre insatisfação e conflitos, tanto aos usuários como aos prestadores de serviço. Nessa reflexão, registra-se o que tem sido possível observar: -o conceito de espera entre os usuários não é unívoco. O tempo da espera é um tempo paradoxal, sendo compreendido de diferentes formas pelas instituições de ensino/serviços e pelos indivíduos e coletividades. Conceitualmente, a espera significa a ação de esperar; tempo durante o qual se espera, demora, dilação (*Dicionário de Português on-line*, 2012). Sobre espera, Cascino (2001) diz que esperar significa esperança, demora, dilatação, adiamento, provável, previsto, ato relativo de aguardar, permanecer na expectativa. É também tempo natural de maturação, crescimento da constituição do ser, lento, ordenado, pacífico.

Todos esses elementos, por sua vez, podem causar eventos estressores nos usuários diante do ato da espera pelo atendimento, tendo em vista que o estresse é considerado um sintoma psicofisiológico e que pode resultar em sintomas desagradáveis e deletérios à saúde do homem contemporâneo (BELANCIERI, 2003-2005) quando aponta alguns elementos estressores e presentes que interferem diretamente na dinâmica do serviço público e, portanto, na qualidade e satisfação dos usuários. Falhas na organização do atendimento, longas esperas, adiamentos de consultas e exames, deficiência de instalações e equipamentos, despersonalização, falta de privacidade, aglomeração, falta de preparo psicológico e de informação, falta de ética por parte de alguns profissionais.

O assunto vem crescendo em importância dado o reconhecimento do acesso como princípio fundamental estabelecido pelo Sistema Único de Saúde, como direito resultado de todo o processo de luta desenvolvido ao longo dessas décadas, que culminou na determinação da Saúde como um direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988), princípio que ainda esbarra na desproporção entre oferta/demanda de serviços de saúde que efetivamente respondam ou minimizem a tensão gerada pela espera entre os usuários do sistema de Saúde. Sobre a perspectiva do usuário, quando se aborda a qualidade de serviços de Saúde, o seu papel como protagonista do sistema de Saúde tem impacto direto na melhoria da relação com o serviço.

Assim, é fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento a eles prestado, para repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aperfeiçoamento, cabendo aos planejadores, gestores, profissionais dispor de métodos que contornem essa situação nos serviços de Atenção Básica, que ainda se constitui como aquele que concentra as maiores demandas da população em busca de atendimento de saúde.

Outra questão é a participação social nas decisões nos processos de gestão do trabalho em Saúde e o empoderamento dos sujeitos, capazes de propor e contribuir na melhoria do serviço de Saúde. Ainda na gestão dos serviços a concepção de qualidade perpassa a satisfação dos usuários, assim sua compreensão acerca da espera pode auxiliar na tolerância à mesma.

A tolerância, em sua etimologia, advém do termo tolerar, oriundo do latim *tolerare*, de *tolere*, “tirar”, com o sentido originário de suportar. Constitui-se, habitualmente, como uma palavra densa e estratificada que surgiu desde tempos remotos, para traçar uma fronteira para a barbárie, a guerra, o ultraje, o escárnio; seu significado oficial sugere a disposição de admitir, nos outros, modos de pensar, de agir e de sentir diferentes dos nossos (*Dicionário de Português on-line*, 2012).

O conceito de tolerância, de acordo com a Declaração de Princípios sobre a Tolerância (Comitê Paulista para a Década da Cultura de Paz, 2006), aborda o respeito, a aceitação, a riqueza e a diversidade das culturas, modos de expressão, maneiras de exprimir qualidades humanas. A tolerância é fomentada pelo conhecimento, pela abertura de espírito, comunicação e liberdade de pensamento,

consciência e crença; é a visão da harmonia na diferença. Não é só um dever de ordem ética; é igualmente uma necessidade política e jurídica e também uma virtude que torna a paz possível e contribui para substituir uma cultura de guerra por uma cultura de paz, o que não significa ausência de conflito.

Esses princípios ainda indicam que a prática da tolerância significa que a pessoa tem livre escolha de convicções e aceita a liberdade do outro. Significa aceitar a diversidade humana em toda a sua plenitude física, situação, modo de expressar-se, comportamentos e valores, direito de viver em paz e ser tais como são. Significa também que ninguém deve impor suas opiniões a outrem.

Assim, facilitar o acesso, favorecer a satisfação do usuário ainda prescinde de aprendizado institucional para que se possa oferecer subsídio aos gestores visando à satisfação dos cidadãos/clientes. Portanto, o profissional de Saúde, como agente do cuidado, no setor de gestão administrativa dos diversos serviços de Saúde, deve desenvolver competências e habilidades técnicas, administrativas, comunicacionais e cívicas voltadas para a percepção do sentido e significado individual e coletivo da fila, espera e tolerância à espera.

Para Edgar Morin (2000), a verdadeira tolerância não é indiferente às ideias ou ao ceticismo generalizado, mas supõe convicção, fé, escolha ética e ao mesmo tempo aceitação da expressão, convicções, escolhas contrárias as nossas.

A iniciativa investigativa deste estudo traz consigo uma problemática observada/expressa no cotidiano das experiências do cuidado: angústia, ansiedade, irritação, cansaço e desgaste humano dos usuários frente à espera. Espera-se, por meio do presente estudo, aprofundar a compreensão do tema e discutir a tolerância à espera entre usuários dos serviços de Saúde da rede de Atenção Básica.

Nas condições atuais de acesso aos serviços da Atenção Básica de Saúde, a formação de grandes filas ainda é um evento que, mesmo com as iniciativas de acolhimento de algumas unidades, ou uso de critérios de classificação de risco em uma sequência de tempo para atendimento que vai desde atendimento imediato até aquele que considera uma espera de 240 minutos, ainda está aquém do esperado pela população.

Com este estudo objetivou-se identificar o perfil dos usuários que frequentam um Centro de Saúde da Família, do município de Fortaleza-CE, e como estes vivenciam a gestão da tolerância à espera por atendimento.

METODOLOGIA

O estudo tem caráter exploratório descritivo, considerando aspectos relevantes na gestão da espera por atendimento. A dimensão exploratória é tomada neste estudo por ele ser realizado em áreas onde a extensão das filas tem se constituído como um sério problema de saúde pública e sobre os quais há escasso ou nenhum conhecimento acumulado e sistematizado (TOBAR, 2001). Esse tipo de pesquisa é aquela que estabelece métodos, critérios e técnicas para a construção de estudos, visando oferecer informações sobre o objeto da pesquisa e formular possíveis hipóteses (MEDEIROS, 2010).

A pesquisa descritiva, segundo Tobar (2001), é aquela que expõe características de determinada população ou determinado fenômeno. Pode também estabelecer correlação entre variáveis e não tem o compromisso de explicar os fenômenos que descreve. Essa classificação de pesquisa é considerada um estudo, uma análise, um registro e uma explicação dos fatos do mundo físico, sem a interferência do pesquisador (MEDEIROS, 2010).

O método escolhido para definir os sujeitos dos estudos foi a amostragem por conveniência que consiste em uma amostra não-probabilística, na qual os sujeitos são escolhidos por conveniência do pesquisador (MALHOTRA, 2006). É uma maneira de baixo custo, rápida e fácil de ser desenvolvida (GRESSLER, 2004), no entanto não promove estatísticas concretas, servindo então para pesquisas do tipo exploratórias. É importante ressaltar que os sujeitos eram abordados durante a saída do posto, quando já haviam passado por todos os tipos de atendimento.

O local da pesquisa foi a Secretaria Executiva Regional III (SER III), do município de Fortaleza - CE, incluída como parte integrante da estrutura administrativa que funciona como uma mini-prefeitura, atendendo a um território específico, com população definida e centros de saúde da família para o atendimento da população. Foi selecionado um Centro de Saúde da Família como cenário da pesquisa por oferecer uma produção de serviços de Saúde no ano de 2009, somando um total de atendimentos de, aproximadamente, 54.206 pessoas/ano, o que corresponde 150 pessoas/dia, gerando uma demanda de necessidades de atendimento maior do que a capacidade operacional.

A coleta de dados em Fortaleza ocorreu entre dezembro de 2009 e julho de 2010, no período da manhã. Contou com 200 participantes de idade igual ou

superior a 16 anos, de ambos os sexos. Para os menores de 18 anos solicitou-se o consentimento dos responsáveis.

O instrumento aplicado para a coleta de dados apreciou aspectos relacionados direta ou indiretamente ao processo de gestão da espera, conceitos de tempo e estratégias de enfrentamento à espera. Contemplou perguntas abertas e fechadas, organizadas de forma semiestruturada, para atender as demandas de estudo estabelecidas através dos objetivos da pesquisa.

Foram observadas as interfaces contempladas na Resolução nº 196/96, seguindo diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos, conforme Protocolo nº 243/09 aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará (Protocolo COMEPE nº 244/09, de 27 de julho de 2009). Foi mantido o anonimato do usuário do serviço de Saúde e foi assinado pelo entrevistado, após leitura e consentimento em participar, um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) que contemplou os objetivos do estudo, as obrigações do pesquisador e os direitos e deveres do entrevistado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme a Tabela 1, a idade prevalente dos indivíduos variou entre 40-49 anos (25%), sendo a maioria do sexo feminino (78,5%). A renda familiar prevaleceu de 1 a 2 salários mínimos (67,5%), a escolaridade predominante foi o ensino médio e superior completo (38%). Houve predominância de 3 a 4 pessoas residentes por domicílio (46%). Sobre a situação conjugal, sobressaiu o casamento ou a união estável (56,5%). Em relação à situação trabalhista, em primeiro lugar obteve-se aposentado ou pensionista (42) (21%), seguido de emprego formal (40) (20%).

TABELA 1 – Características socioeconômicas dos usuários de um Centro de Saúde da Família do município de Fortaleza - CE, Brasil, 2010

	N	%
Idade		
16-25	24	12
26-39	43	21,5
40-49	50	25
50-59	39	19,5
60-92	44	22
Sexo		
Masculino	43	21,5
Feminino	157	78,5
Renda		
Sem renda	31	15,5
< 1 salário mínimo	21	10,5
1-2 SM	135	67,5
3-5 SM	13	6,5
Concluiu qual série		
Ensino fundamental incompleto	37	18,5
Ensino fundamental completo	50	25
Ensino médio incompleto	37	18,5
Ensino médio e superior completo	76	38
Quantas pessoas residem na mesma casa		
1 a 2	40	20
3 a 4	92	46
5 a 6	45	22,5
7 a 10	23	11,5
Situação conjugal		
Casado/união estável	113	56,5
Solteiro	50	25
Separado/divorciado	18	9
Viúvo	19	9,5
Situação trabalhista		
Emprego formal	40	20
Emprego informal	36	18
Desempregado	38	19
Extra/bico	13	6,5
Aposentado/pensionista	42	21
Auxílio do governo	12	6
Nenhum	19	9,5

A pressa por atendimento advém de inúmeras circunstâncias, entre elas a presença de filhos. Como mostra a Tabela 2, 161 (80,5%) dos entrevistados possuem filhos; destes, 134 (83,2%) relataram ter de 1 a 4 filhos (adotivos ou biológicos) vivos. Quanto ao fato dos filhos serem crianças, 43 (32,6%) responderam

positivamente e 19 (44,2%) relataram que o fato de ter filhos pequenos implica na pressa por atendimento.

TABELA 2 – Distribuição por número de filhos entre os usuários de um Centro de Saúde da Família do município de Fortaleza-CE, Brasil, 2010

	N	%
Tem filhos		
Sim	161	80,5
Não	39	19,5
Quantos filhos (adotivos e genéticos) vivos		
1 a 2	90	55,9
3 a 4	44	27,3
5 a 20	27	16,8
Quantos filhos residem na mesma casa		
1 ou 2	109	67,7
3 a 8	23	14,3
Nenhum	29	18,0
Algum dos filhos residente na mesma casa é criança		
Sim	43	32,6
Não	89	67,4
O fato de ter crianças em casa implica na pressa por atendimento		
Sim	19	44,2
Não	24	55,8

Com relação à Tabela 3, 138 (69%) usuários precisaram marcar ficha para serem atendidos. Sobre o tempo de espera para marcar ficha, 28 (45,2%) usuários responderam que “demorou normal”. Sobre o tempo de espera por sua vez no atendimento, as respostas foram: 38 (38,8%) referiram “demorou normal” e 35 (35,7%) “demorou muito”. Referente ao tempo de espera durante o atendimento/consultas, a resposta que prevaleceu foi “demorou normal” 57 (58,2%). Com relação ao setor de farmacêutico, 135 (67,5%) pessoas tentaram conseguir remédios, destas, a maioria, 63 (46,7%) afirmou que o atendimento “demorou normal”.

TABELA 3 – Características do tempo de espera por atendimento e necessidade de marcação de fichas entre os usuários de um Centro de Saúde da Família do município de Fortaleza-CE, Brasil, 2010

%	N	
Para ser atendido precisa marcar ficha?		
Sim	62	31
Não	138	69
Sobre o tempo de espera para marcar ficha		
Demorou muito	20	32,3
Demorou normal	28	45,2
Demorou pouco	14	22,6
Sobre o tempo de espera para a consulta		
Demorou muito	35	35,7
Demorou normal	38	38,8
Demorou pouco	25	25,5
Sobre o tempo gasto durante o atendimento		
Demorou muito	11	11,2
Demorou normal	57	58,2
Demorou pouco	30	30,6
Tentou conseguir algum medicamento no setor farmacêutico do serviço de Saúde?		
Sim	135	67,5
Não	65	32,5
Sobre o tempo gasto para receber os medicamentos?		
Demorou muito	27	20
Demorou normal	63	46,7
Demorou pouco	45	33,3

Chamou atenção a grande quantidade de pessoas do sexo feminino, o que mostra que as mulheres frequentam mais o serviço de Saúde, quando comparadas com os homens; outros estudos também condizem com essa realidade (RIBEIRO *et al.*, 2006; MORAES *et al.*, 2007). As mulheres procuram consultas de pré-natal, acompanham as crianças nas consultas de puerpério, realizam a prevenção do câncer de colo do útero, entre outros serviços, comprovando o fato do sexo masculino pouco procurar o serviço de Saúde, e se o procura somente é para tratamento e não mais para prevenção. Esse diferencial pode ser explicado pelo perfil de necessidades de saúde entre os gêneros, como gravidez e parto (PINHEIRO *et al.*, 2002).

Sobre o rendimento da população deste estudo, a quantidade de pessoas com 1 a 2 salários mínimos passa a ser maior quando comparada com o total da população residente no Ceará, que está em maior número na categoria de até 1

salário mínimo (1.632.865 pessoas) (IBGE, 2010). É importante destacar que as populações de níveis socioeconômicos precários e baixa escolaridade procuram mais os serviços de Saúde do SUS (RIBEIRO *et al.*, 2006).

Do total de pessoas residentes no Brasil com mais de 15 anos de idade, no ano de 2009, existiam 42,8% de pessoas casadas, 45,8% solteiras, 5,4% divorciadas ou separadas e 5,9% viúvas, o que condiz com o que foi encontrado no estudo (IBGE, 2010a). Foi interessante observar que das pessoas que esperaram para receber medicamentos (67,5%), 59,3% eram de indivíduos casados/união estável que responderam “demorou muito”, e 40,7% eram de solteiros, separados e viúvos que responderam “demorou muito”. Isso denota uma associação positiva com relação aos solteiros e separados mostrarem-se mais tolerantes ao tempo de espera quando comparados com os casados, condizendo com outros estudos da literatura (SECLÉN-PALACIN; DARRAS, 2005; ALONSO, 2008).

Outro dado interessante foi a quantidade de pessoas que possuíam ensino médio e superior completo, uma vez que existem deficiências na qualidade da educação brasileira. Conforme relatório emitido pela UNESCO (*United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*), um quinto das crianças que concluem a quarta série não adquiriram habilidades de leitura ou de cálculos matemáticos; o relatório ainda diz que o analfabetismo é presente em 12% na população adulta e a repetência e a evasão escolar são episódios comuns no Brasil. Portanto, dados como esses denotam melhora com relação ao nível da educação brasileira, apesar de na região Nordeste o índice de analfabetismo (17,7%) ultrapassar o índice das outras regiões brasileiras (IBGE, 2010).

Vale salientar que quanto à espera para marcação de fichas (31,1%), 63,2% das pessoas que tinham ensino médio incompleto a ensino superior completo responderam “demorou muito”, enquanto 36,8% de pessoas com ensino fundamental incompleto ou completo deram a mesma resposta. No estudo de Seclén-Palacin e Darras (2005), as pessoas que tinham nível educacional mais baixo apresentavam satisfação maior quanto ao atendimento nos centros de saúde.

Em relação à quantidade de pessoas que residem em um mesmo domicílio, conforme dados do IBGE (2010), no Nordeste, 29,3% das casas têm de 1 a 2

moradores, 45,9% de 3 a 4 moradores, 18,9% possuem de 5 a 6 moradores e 6%, somente, são as casas com 7, 8 ou mais moradores.

A situação trabalhista em nosso país constitui-se em sua maioria de pessoas “economicamente ativas”, seguidas de “indivíduos ocupados” e finalmente de “pessoas desocupadas, que trabalharam antes, que nunca trabalharam e não economicamente ativas”. Neste estudo, no entanto, 55,5% das pessoas entrevistadas se encontravam na situação de “não economicamente ativas”, e somente 20% das pessoas “contribuíam para a renda do país” (IBGE, 2010).

Foi observado que a maioria das famílias dos sujeitos pesquisados tem de um a dois filhos, confirmando a mudança atual das famílias brasileiras quanto à quantidade de filhos. Até a década de 1950, as famílias eram compostas por 7 a 15 filhos. Com o desenvolvimento do mercado feminino e alto custo de vida, ter um ou dois filhos, atualmente, é o mais comum e desejável.

Das perguntas feitas inclusas na Tabela 2, foi importante saber que o fato de ter filhos, na maioria das respostas, não implicou na pressa por atendimento; entretanto muitos ainda confirmaram necessitar de um atendimento mais rápido pela necessidade de cuidar dos seus filhos. Os usuários respondiam que precisavam retornar o quanto antes para “fazer o almoço”, ou justificavam: “meu filho vai pra escola”; “meu filho ficou com a vizinha, tenho que pegar ele logo”; “preciso pegar meu filho no colégio”.

O IVH (Índice de Valores Humanos) trata de aspectos qualitativos do desenvolvimento (PNUD, 2010). Baseia-se em opiniões e relatos da população sobre assuntos importantes e essenciais relacionados à saúde, à educação e ao trabalho. Um relatório lançado pelo PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento) sobre uma pesquisa realizada entre janeiro e fevereiro do ano de 2010 com 2.002 pessoas, em 148 municípios de 24 unidades da Federação, sendo aproveitados 1.887 questionários, informou que nas regiões Norte e Sudeste, quando foi perguntado sobre o tempo de espera por atendimento, a maioria da população, em ambas as regiões, respondeu “demorado”, sendo 66,9% na região Norte e 43,1% na região Sudeste. Isso vai de acordo com este estudo, uma vez que a diferença entre “demorou normal” e “muito” foi mínima, ou seja, uma considerada população desta pesquisa avaliou a espera por atendimento como “demorou muito”.

Isso pode ser reforçado com os relatos dos sujeitos sobre o tempo de espera: *“nunca esse sistema tá bom, por isso sempre demora pra receber os remédios,*

passo um tempão aqui fora e tenho um monte de coisa pra fazer em casa, ainda vou trabalhar, posso tá esperando muito tempo não, perco é a paciência... devia ter pelo ou menos alguma coisa pros meus meninos brincarem, ... é uma espera cansativa". O resultado disso denota uma necessidade de reorganização da gestão do serviço de Saúde com relação ao horário de espera por atendimento.

A zona de conforto significa zona de acomodação em relação a algo, esta será uma expressão utilizada neste estudo para exemplificar o tempo tolerável pela espera de algum serviço, ou seja, quantos minutos as pessoas deste estudo consideraram normal para serem atendidas. Assim sendo, nas indagações sobre o tempo que os indivíduos consideravam **tolerável** para espera (zona de conforto) variou entre meia hora (28,4%) e 1 hora (36,6%). Já o tempo considerado **ideal** para espera oscilou entre 10 (20,3%) e 30 minutos (24,9%), sendo o resultado de maior frequência 15 minutos (25,4%).

Nesse caso, a questão da espera exige um nível de tolerância que se relaciona com a dignidade humana. Ao considerarem o tempo de espera como "normal", os usuários podem estar ressaltando costumes e tradições da população na busca de atendimento e eles próprios estipulam um tempo considerado "normal" como aquele que não violenta a dignidade humana.

De acordo com o Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993), o tempo médio de uma consulta é de 15 minutos. Essa medida visa evitar filas, para a melhoria da qualidade do atendimento (Tribunal de Contas da União, 1999). No entanto, nem sempre 15 minutos são suficientes para que o usuário relate seus anseios, preocupações, necessidades e obtenha medidas resolutivas para seus problemas. Neste estudo, os indivíduos consideraram normal o tempo trans-consulta, embora afirmassem: "passei foi tempo esperando aqui fora e o médico não olhou nem pra minha cara", "não gosto do atendimento porque é rápido e eles nem me escutam... tanto faz pessoal do same ou médico".

Nesse olhar, a espera é colocada pelo sujeito como uma postura de cidadania que não aceita uma estruturação do tempo unificado e homogêneo como condição de acesso aos cuidados de saúde. Pode também contemplar o descaso das instituições que ignoram as multitemporalidades e as culturas populares para definição dos modos de funcionamento dos serviços de Saúde; os sujeitos em questão não apresentam vontade própria e as restrições para o atendimento que

vem se perpetuando como uma decisão que interessa apenas as instituições por tangenciar a população dessa decisão.

A OMS preconiza que no que se trata de dispensação de medicamentos, os usuários devem receber os medicamentos devidamente etiquetados e entender como usar cada droga. Além disso, o tempo para dispensação deve ser de no mínimo três minutos, para que se possa oferecer uma eficiente e adequada assistência farmacêutica (OMS, 1993). Em um estudo em Ribeirão Preto, a média para dispensação de medicamentos foi de 18 segundos, o que contraria o tempo da OMS. Neste estudo, os usuários avaliaram, em sua maioria, normal o tempo de espera. No entanto, eram constantes as reclamações sobre o sistema lento e a má recepção do pessoal da farmácia: “sempre é assim devagar, mas tenho que pegar minha filha, senão eu morro né?”. Portanto, os três minutos destinados à explicação do mecanismo da medicação eram convertidos em 30 minutos de espera em uma fila enorme para receber o medicamento e ir para casa, sem qualquer orientação.

Inúmeras vezes, os usuários paravam as pesquisadoras para perguntas do tipo: *“minha filha, você entende o que tá escrito aqui? esse remédio é pra gripe ou pra pressão alta?, me explique se preciso tomar esse de noite ou de manhã?, são quantos mesmo?, você acha que eu devo tomar esse daqui junto com esse daqui?, devia ter alguém pra explicar essas coisa de remédio, num entendo nada, ai meu Deus do céu!”*. Fatos como esses podem revelar que mesmo com o atendimento garantido o usuário continua em espera por explicações das terapêuticas prescritas, o que amplia o tempo de espera no serviço.

Nesse caso, os sujeitos solicitam a otimização do funcionamento das Organizações de Saúde através da tomada de decisões racionais e de interesses de todos, além de processos de trabalho em Saúde que otimizem o tempo de espera a partir da identificação das estratégias de enfrentamento/adaptação da espera entre os usuários dos serviços de Saúde, com o intuito de redefinir relações entre usuários e gestores dos serviços, fomentando a construção de um desempenho técnico e cívico que atenda as demandas de necessidade e de direitos dos usuários.

CONCLUSÃO

O estudo tornou possível colocar a fila e a gestão da tolerância à espera como um dos problemas de saúde pública de considerável relevância e sugere

maiores explorações sobre a temática para conhecer a satisfação dos usuários, seus anseios e preocupações quanto à espera por atendimento. Todo cidadão brasileiro tem direito de acessibilidade ao Sistema Único de Saúde (SUS), entretanto não basta garantir o acesso livre, é necessário que o SUS integre a coletividade, garantindo um serviço de Saúde com qualidade e equidade (BACKES *et al.*, 2009).

Mesmo o tempo de espera tendo sido considerado normal por um número significativo de sujeitos, é válido considerar alguns resultados que podem ampliar o olhar para essa temática, como: a maior busca da mulher pelo serviço de Saúde, sendo necessárias intervenções direcionadas a este público e ao usuário na fase de infância. Outro fato encontrado são mulheres acima de 50 anos que têm buscado atendimento nos programas voltados a prevenção de câncer e acompanhamento de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis, fato que aponta a feminização da velhice e a necessidade de intervenções relacionadas à tolerância à espera para mulheres nessa fase do ciclo de vida. Além desses fatores, a renda familiar menor que dois salários mínimos e o déficit de escolaridade mostraram-se relacionados à menor tolerância à espera.

Os sujeitos, em sua maioria, solicitam a otimização do funcionamento das Organizações de Saúde através da tomada de decisões racionais e de interesses de todos. Além disso, existe a necessidade da implantação de processos de trabalho em Saúde que otimizem o tempo de espera a partir da identificação das estratégias de enfrentamento/adaptação da espera entre os usuários dos serviços de Saúde com o intuito de redefinir relações entre usuários e gestores dos serviços. Atualmente, existem iniciativas de organização da espera não por ordem de chegada, mas por classificação de risco que se apoia no Protocolo de Classificação de Risco de Manchester, criado em 1994. Esse protocolo tem como objetivo estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros para a padronização da classificação de risco nos serviços de urgência e emergência.

Um estudo realizado mostrou variações importantes nas nomenclaturas e definições existentes. Verificou-se, então, a necessidade de desenvolver nomenclatura comum, definições comuns, sólida metodologia, programa de capacitação e guia de auditoria. Para cada prioridade, foi atribuído um número, um nome, uma cor e um tempo-alvo para a primeira avaliação médica.

O objetivo da classificação de risco é identificar a prioridade clínica e não o diagnóstico, facilitando a gestão da clínica de cada paciente e a gestão do serviço

como um todo. O método consiste em identificar a queixa principal do paciente (motivo que o levou a procurar o serviço), definir a condição apresentada (fluxograma de apresentação) e procurar sinais e sintomas (discriminadores) em cada nível de prioridade clínica. Nos projetos de implantação das Redes de Urgência e Emergência, um dos pilares é a adoção de um sistema de triagem em todos os pontos de atenção à saúde, desde a atenção primária até a terciária, para que os pacientes passem por um processo de classificação de risco clínico que oriente o atendimento ou encaminhamento para o ponto de atenção à saúde mais adequado ao seu quadro clínico.

REFERÊNCIAS

BACKES, D. S.; KOERICH, M. S.; RODRIGUES, A. C. R. L.; DRAGO, L. C.; KLOCK, P.; ERDMANN, A.L. O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3): 903-910, 2009.

BELANCIERI, Maria de Fátima; Marli Luiz Beluci; Daniela Vitti Ribeiro da Silva; Ederli Aparecida Gasparelo. **A resiliência em trabalhadores da área da enfermagem. Estud. psicol. (Campinas) vol.27 no.2 Campinas Apr./June 2010.** Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2010000200010>> Acesso em 22-10-2012.

BERLINGUER, G. **Questões de Vida: ética, ciência e saúde.** Salvador- São Paulo-Londrina: APCE-HUCITEC-CEBES 1993.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL, UNESCO. Marco Estratégico para a UNESCO no Brasil. <<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001475/147544POR.pdf>> Acesso: Outubro, 2009, às 19h15min:

CARNEIRO, Danúzio. **Dinâmica grupal: conceituação, história, classificação e campos de aplicação.** VirtualBooks. 2001. Disponível em: <http://virtualbooks.terra.com.br/freebook/didaticos/dinamica_grupal.htm>. Acesso em: 03 Set 2012.

CASCINO, Fábio. Espera. In: FAZENDA, Ivani Catarina Arantes. **Dicionário em construção: interdisciplinaridade.** São Paulo: Cortez, 2001. cap. 4, p.105-150.

CHIAVENATO, I. **Introdução à Teoria Geral da Administração.** 14ª edição. Editora: Campus, 2003.

COMITÊ PAULISTA PARA A DÉCADA DA CULTURA DE PAZ. **Declaração de Princípios sobre a tolerância**. Disponível em: <<http://www.comitepaz.org.br/tolerancia.htm>>. Acesso em: 29/06/2006.

Dicionário de português Online. Disponível em <http://www.dicio.com.br/espera_2/>. Acesso em 22-10-2012.

GRESSLER, Lori Alice. **Introdução à Pesquisa: Projetos e Relatórios**. 2ª edição. Editora: Loyola, 2004.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Síntese de Indicadores 2009**. Rio de Janeiro, 2010.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010 a.< <http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=ce&tema=amostra>,> Acessado em 01/11/2010, às 22h36min,

MALHOTRA, NK. Pesquisa de Marketing: uma orientação aplicada. Tradução: Laura Bocco. – 4 ed.- Porto Alegre: Bookman, 2006.

MEDEIROS, João Bosco. Redação Científica: a prática de fichamentos, resumos, resenhas. São Paulo: Atlas, 11. Ed, 3reimp., 2010.

Michaelis. Moderno Dicionário da Língua Portuguesa 1998-2009 Editora Melhoramentos Ltda. © 2009. Disponível em:<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues_s-portugues&palavra=fila>. Acesso em: 22 out. 2012.

MORAES, M.; FIEBIG, E. Q.; LAUERMANN, F. T.; DODE, O. B.; ROVARIS, R. Estudo de demanda de uma Unidade Básica de Saúde em Pelotas/RS. Rev. de Saúde da UCPEL, Pelotas, v.1,n.1, jan./jun. 2007.

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 1921; 2. ed. – São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2000.ISBN 85-249-0741-X00-1830 CDD-370.11.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [OMS]. Como investigar el uso de medicamentos en los servicios de salud. Indicadores seleccionados del uso de medicamentos. Ginebra; 1993.

PINHEIRO, R. S.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C. *et al.* **Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil**. Ciênc. saúde coletiva vol.7 no.4 Rio de Janeiro, 2002.

PNUD. Programa das Nações Unidas Para o Desenvolvimento. Disponível em:<<http://www.pnud.org.br/cidadania/reportagens/index.php?id01=3538&lay=cid.>> Acesso em: 23 fev. 2011, 00:16.

RIBEIRO, M. C. S. A.; BARATA, R. B.; ALMEIDA, M. F.; SILVA, Z. P. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-

usuários do SUS – PNAD 2003. Ciênc. saúde coletiva vol.11 no.4 Rio de Janeiro oct./dec. 2006.

SECLÉN-PALACIN, J.; DARRAS, C. Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. Peru, 2000. AnFacMed Lima 2005; 66(2).

TOBAR, Frederico. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. 20ª edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Ata número 41, de 15 de setembro de 1999. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 28 set 1999. Seção 2. p. 203-30.

ZOHAR, E., MANDELBAUM, A. & SHIMKIN, N. Adaptive behavior of impatient customers in tele-queues: Theory and empirical support. *Management Science*, v. 48, p. 566-583, 2002. Disponível em:
<<http://ie.technion.ac.il/serveng/References/zohar.pdf>>

APENDICE A – Questionário Sócio-demográfico e Clínico

No. Questionário	N_____
DATA DA ENTREVISTA: ___/___/___	
NOME:	
TELEFONE DE CONTATO:	
DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___ 1. IDADE _____ anos	1. _____
2. SEXO : (1) Feminino (2) Masculino	2. _____
3. RAÇA/COR : (1) Branco (2) Negro (3) Pardo (4) Amarelo	3. _____
4. Tem RELIGIÃO : (1) SIM (2) NÃO	4. _____
4a. Se sim, qual? (1) Católica (2) Protestante (3) Espirita (4) Outra: _____	4a. _____
5. ESCOLARIDADE (anos de estudo) (1) analfabeto (2) 1-4 anos (3) 5-8 anos (4) 9-11anos (5) >11anos	4. _____
6. MORADIA : Onde mora? (1) casa própria (2) casa de familiares (3) Outro. Qual? _____	5. _____
6. Tem cuidador? (1) SIM (2) NÃO	6. _____
7. NIVEL SOCIO-ECONOMICO (Renda Familiar): R\$ _____	7. _____
8. OCUPAÇÃO : Trabalha? (1) SIM (2) NÃO	8. _____
8a Se sim, qual a ocupação? _____	8a. _____
9. SITUAÇÃO CONJUGAL/FAMILIAR : Com quem vive? (1) convive c/ companheiro e filho(s); (2) convive com companheiro sem filho(s); (3) convive c/ companheiro, filho(s) e outros familiares; (4) convive c/ familiares s/ companheiro(a); (5) convive c/ outras pessoas s/ laços consanguíneos e/ou laços conjugais (6) vive só	9. _____
10. HISTORIA FAMILIAR : Alguém na família tem depressão? (1) SIM (2) NÃO Se sim, grau de parentesco: _____	10. _____ 10a. _____
11. CO-MORBIDADES : (1) SIM (2) NÃO 11.1- Nenhuma 11.2- Diabetes 11.3- Hipertensão Arterial 11.4- Doença renal 11.5- Dislipidemia 11.6- Obesidade 11.7- outra _____	11.1 _____ 11.2 _____ 11.3 _____ 11.4 _____ 11.5 _____ 11.6 _____ 11.7 _____
12. USO DE MEDICAMENTOS : (1) SIM (2) NÃO 12.1- Nenhum 12.2- Anti-hipertensivos 12.3- Antidiabéticos orais 12.4- Insulina somente 12.5- Antidiabético oral + insulina 12.6- outro _____	12.1 _____ 12.2 _____ 12.3 _____ 12.4 _____ 12.5 _____ 12.6 _____
13. COMPLICAÇÕES CRÔNICAS : (1) SIM (2) NÃO 13.1- IAM 13.2- Doença coronariana 13.3- AVC 13.4- Pé diabético 13.6- Amputação por DM 13.6- Doença renal 13.7- Outro _____	13.1 _____ 13.2 _____ 13.3 _____ 13.4 _____ 13.5 _____ 13.6 _____ 13.7 _____

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

“Ocorrência de depressão a partir da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica em uma população idosa de Fortaleza” Instituição dos pesquisadores: Universidade Federal do Ceará Pesquisador responsável: Antônio George Bezerra Neto

Este documento que você está lendo é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ele contém explicações sobre o estudo que você está sendo convidado a participar.

Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo.

Antes de assinar faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

Natureza e objetivos do estudo

O objetivo específico deste estudo é identificar idosos com depressão a partir da aplicação de um questionário contendo a Escala de Depressão Geriátrica, instrumento mais utilizado para a avaliação de sintomas depressivos em idosos, e assim determinar a frequência desta doença na realidade local.

Você está sendo convidado a participar exatamente por ter idade compatível (com 60 anos e mais) e por pertencer à área da equipe de Saúde da Família local.

Procedimentos do estudo

Sua participação consiste em responder as questões do questionário sócio-demográfico e clínico, da avaliação cognitiva e da Escala de Depressão Geriátrica.

O procedimento será realizado após a leitura deste termo de consentimento e, após sua autorização expressa, aplicaremos o questionário. Sinta-se à vontade para interromper a qualquer momento da pesquisa para tirar suas dúvidas.

Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo.

Riscos e benefícios

Este estudo possui baixo risco, por não envolver procedimentos clínicos ou cirúrgicos, que não sejam a entrevista e a aplicação do questionário, guardando as informações colhidas em segredo.

Sua participação poderá ajudar no maior conhecimento sobre a frequência de depressão na comunidade e, assim, orientar intervenções individuais ou coletivas que possam contribuir para reconhecer e tratar os idosos portadores dessa doença, melhorando sua qualidade de vida.

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar do estudo. Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis e manifestar sua intenção. Você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

Confidencialidade

Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso por outras pessoas. O material com as suas informações (impressos, entrevistas etc) ficará guardado sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável, eu, ANTONIO GEORGE BEZERRA NETO, com a garantia do sigilo e confidencialidade das mesmas.

Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Eu, _____ RG _____,
após receber uma explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

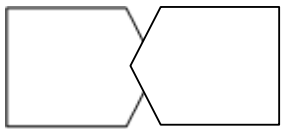
Fortaleza, de _____ de _____

Participante

Pesquisador(a) responsável: ANTONIO GEORGE BEZERRA NETO
Mestrado Profissional em Saúde da Família – UFC
Centro de Saúde Prof. Galba de Araújo - SER VI
Avenida Recreio, 1390 – Lagoa Redonda
Telefone: (85) 3105.1602/ Celular: (85) 81921912
Orientador: Prof. Aluísio Ferreira de Lima

ANEXO A – Avaliação Cognitiva (Mini Exame do Estado Mental)

1- Orientação temporal	Em que dia estamos?	Ano	1
		Semestre	1
		Mês	1
		Dia do mês	1
		Dia da semana	1
2- Orientação espacial	Onde estamos?	Estado	1
		Cidade	1
		Bairro	1
		Rua	1
		Local	1
3- Memória imediata	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las. Repita todos os objetos até que ele aprenda (máximo 5 repetições)	Repita:	
		TIJOLO	1
		CANECA	1
		TAPETE	1
4- Cálculo 4a.	Se faz cálculo: 4a. Se de 100 reais eu tirar 7 reais, quanto restaria? Se não faz cálculo: 4b. Soletre a palavra MUNDO de trás pra frente	93	1
		86	1
		79	1
		72	1
		65	1
		O	1
		D	1
		N	1
		U	1
		M	1
5- Evocação das palavras	Repetir as 3 palavras ditas anteriormente	TIJOLO	1
		CANECA	1
		TAPETE	1
6- Linguagem (Nomeação)	Mostre uma caneta e um relógio e peça para nomear os objetos	CANETA	1
		RELÓGIO	1
7- Linguagem (Repetição)	Repita a frase	NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ	1
8- Linguagem (Comando)	Siga as ordens em estágios	Pegue um papel	1
		Dobre ao meio	1
		Ponha-o na mesa	1
9- Leitura	Escreva num papel a frase: "Feche os olhos", peça que leia e execute a ordem		1

10- Escrita	Peça para escrever uma frase completa		1
11- Cópia	Copie o desenho 		1
		TOTAL	—
		RESULTADO 1. Déficit presente 2. Déficit ausente	—

ANEXO B – Escala de Depressão Geriátrica(EDG -15)

PERGUNTAS	RESPOSTA	PONTOS
1. Você está basicamente satisfeito com sua vida?	0.Sim 1. Não	
2. Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	0.Não 1. Sim	
3. Você sente que sua vida está vazia?	0.Não 1. Sim	
4. Você se aborrece com frequência?	0.Não 1. Sim	
5. Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	0.Sim 1. Não	
6. Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	0.Não 1. Sim	
7. Você se sente feliz a maior parte do tempo?	0.Sim 1. Não	
8. Você sente que sua situação não tem saída?	0.Não 1. Sim	
9. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	0.Não 1. Sim	
10. Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	0.Não 1. Sim	
11. Você acha maravilhoso estar vivo?	0.Sim 1. Não	
12. Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	0.Não 1. Sim	
13. Você se sente cheio de energia?	0.Sim 1. Não	
14. Você acha que sua situação é sem esperanças?	0.Não 1. Sim	
15. Você sente que a maioria das pessoas está melhor do que você?	0.Não 1. Sim	
	TOTAL	—
RESULTADOS:	RESULTADO	—
1. <i>Depressão: acima de 5 pontos</i>	1. Depressão	
2. <i>Normal: menor ou igual a 5 pontos</i>	2. Normal	