

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

GABRIELA ÁDIMA DE CAMARGO ÁVILA

ASSOCIAÇÃO ENTRE SINTOMAS DEPRESSIVOS E PROCURA POR CUIDADOS  
ODONTOLÓGICOS POR IDOSOS DE PORTO ALEGRE, RS.

Porto Alegre

2012

GABRIELA ÁDIMA DE CAMARGO ÁVILA

ASSOCIAÇÃO ENTRE SINTOMAS DEPRESSIVOS E PROCURA POR CUIDADOS  
ODONTOLÓGICOS POR IDOSOS DE PORTO ALEGRE, RS.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Prof. Dra. Juliana Balbinot Hilgert

Porto Alegre

2012

### **CIP- Catalogação na Publicação**

Ávila, Gabriela Ádima de Camargo

Associação entre sintomas depressivos e procura por cuidados odontológicos por idosos de Porto Alegre, RS / Gabriela Ádima de Camargo Ávila. – 2012.

42 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Curso de Graduação em Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2012.

Orientadora: Juliana Balbinot Hilgert

1. Sintomas depressivos. 2. Serviços de atendimento. 3. Assistência odontológica para idosos. I. Hilgert, Juliana Balbinot II. Título.

Elaborada por Ida Rossi - CRB-10/771

## **AGRADECIMENTOS**

À minha professora orientadora Juliana Balbinot Hilgert, por todo aprendizado compartilhado, pela disponibilidade, pela atenção e carinho.

Ao professor Fernando Neves Hugo, que sempre apoiou a mim e aos outros pesquisadores para que este trabalho fosse concluído com sucesso.

À querida Aline Blaya Martins, presente em todos os momentos, ajudando sempre da melhor forma possível, e me acolhendo como mãe durante essa jornada.

À colega, companheira e amiga Júlia de Melo Dotto, que fez parte fundamental desse trabalho, com quem dividi todas as experiências, e com quem sempre pude contar.

Aos demais colegas graduandos e pós-graduandos que fizeram parte da equipe maravilhosa “Amiga do Idoso”, com os quais compartilhei momentos únicos, que jamais serão esquecidos e com quem criei algumas amizades que levarei pra vida toda.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela concessão de bolsa de Iniciação Científica durante esse período.

A todos meus familiares, em especial aos meus pais, pelo apoio constante, incentivo e confiança depositados em mim, e pelo carinho e amor de sempre!!!

## RESUMO

ÁVILA, Gabriela Ádima de Camargo. **Associação entre sintomas depressivos e procura por cuidados odontológicos por idosos de Porto Alegre, RS.** 2012. 42 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

A depressão constitui um sofrimento psíquico frequente no idoso, o que pode comprometer vários aspectos de suas vidas, inclusive o cuidado com sua saúde bucal. A presença de sintomas depressivos pode estar relacionada com desfechos negativos, dentre eles, a ausência de busca ou busca orientada por cuidados odontológicos. Objetivo: Avaliar a associação entre a presença de sintomas depressivos e a ausência de procura ou busca orientada por cuidados odontológicos por idosos de Porto Alegre, RS. Materiais e métodos: Foram selecionados para o estudo, através de uma amostragem por conglomerado, idosos moradores do distrito sanitário Partenon/Lomba do Pinheiro. A entrevista incluiu: um questionário sócio demográfico com variáveis como sexo, idade, renda, entre outras; a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15); e uma questão relacionada à procura por serviços odontológicos. Os indivíduos respondiam se a busca por serviços odontológicos era ausente ou orientada por problemas ou ocasional/regular. Por fim, foi realizado um exame bucal que consistiu na contagem do número de dentes, restos radiculares, uso de prótese dentária e alteração de tecido mole. A análise foi realizada no software PASW versão 18. Resultados: Dos 862 idosos entrevistados, 67,9% era do sexo feminino, a média de idade foi de 69,9 ( $\pm 7,4$ ) anos, a escolaridade média foi de 6,0 ( $\pm 3,8$ ) anos de estudo, 35,7% dos idosos tinha renda  $\leq$  a dois salários mínimos (R\$ 1090,00) e 76,2% dos idosos nunca procuravam por serviços odontológicos ou esta procura era orientada por problemas. Por meio de regressão de Poisson com variância robusta, observou-se que ser do sexo masculino (RP=1,16, IC95% 1,07-1,25), ter baixa escolaridade (RP=1,22, IC95% 1,11 – 1,33), ter baixa renda (RP=1,15, IC 1,07-1,23), apresentar arco dental reduzido (1-19 dentes) (RP=1,26, IC95% 1,06-1,49), ser edêntulo (RP=1,69, IC95% 1,43-2,00), apresentar resto radicular (RP=1,24, IC95% 1,12-1,36) e possuir sintomas depressivos (RP=1,14, IC95% (1,06-1,22) estiveram independentemente associados com o desfecho. Conclusão: Há uma diferença significativa de procura por cuidados de saúde bucal dentre idosos com sintomas depressivos, além de baixa condição socioeconômica e condição bucal desfavorável. Desta forma, conclui-se que tanto aspectos emocionais quanto socioeconômicos e clínicos devem ser considerados quando a procura por cuidados odontológicos é avaliada.

Palavras-chave: Sintomas depressivos. Serviços de atendimento. Assistência odontológica para idosos.

## ABSTRACT

ÁVILA, Gabriela Ádima de Camargo. **Association between depressive symptoms and dental care seeking behavior for the elderly in Porto Alegre, RS.** 2012. 42 f. Final Paper (Graduation in Dentistry) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

Depression is a common condition of old age that may disturb several aspects of older persons' lives, including oral health self-care. The occurrence of depressive symptoms may be related to negative outcomes that include problem oriented oral health care or absent health care seeking behavior. Aim: to evaluate the association between depressive symptoms and dental care seeking behavior in older persons living in Porto Alegre, RS. Methods: Following a conglomerate random sampling strategy, independent living older persons living in Partenon/Lomba do Pinheiro Sanitary District were evaluated. An interview assessing socioeconomic variables that included age, sex and income; the Geriatric Depression Scale-15 and a question assessing dental care seeking behavior was carried out. Participants answered if their dental care seeking behavior was problem oriented, occasional/customary or absent. In addition, an oral examination that consisted in the assessment of the number of remaining natural teeth, root remnants, dental prostheses use and oral mucosa lesions was performed. Statistical analysis was carried out using the SPSS 18. Of the 862 older persons that took part of the study, 67.9% were women, the mean age was 69.9 (7.4) and the mean years of formal education was 6.0 (3.8), 35.7% had an income  $\leq$  2 minimum wages (R\$ 1090.00) and 76.2% had problem oriented or absent dental seeking behavior. Following a Poisson regression with Robust variance, males (PR=1.16, 95% CI 1.07-1.25), less schooling (PR=1.22, 95% CI 1.11 – 1.33), lower income (PR=1.15, 95% CI 1.07-1.23), having 1-to-19 natural teeth (PR=1.26, 95% CI 1.06-1.49), edentulousness (PR=1.69, 95% CI 1.43-2.00), presence of root remnants (PR=1.24, 95% CI 1.12-1.36) and presence of depressive symptoms (PR=1.14, 95% CI (1.06-1.22) were independently and significantly associated with the outcome. Conclusion: There is a significant difference in respect to dental care seeking behavior within older persons presenting depressive symptoms and those of low socioeconomic strata and with a poor oral status. Thus, it is concluded that emotional, socioeconomic and oral status must be considered when evaluating dental care seeking behavior in older persons.

Keywords: Depression. Answering services. Dental care for aged.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	6
1.1	ENVELHECIMENTO POPULACIONAL .....	6
1.2	HISTÓRICO E ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL.....	6
1.3	UTILIZAÇÃO E PROCURA POR SERVIÇOS DE SAÚDE .....	8
1.4	DEPRESSÃO E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS.....	8
<b>2</b>	<b>OBJETIVO</b> .....	11
<b>3</b>	<b>ARTIGO CIENTÍFICO</b> .....	12
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	29
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	30
	<b>APÊNDICE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	34
	<b>ANEXO A – ACEITE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b> .....	35
	<b>ANEXO B – QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO</b> .....	36
	<b>ANEXO C – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL</b> .....	37
	<b>ANEXO D – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO</b> .....	39
	<b>ANEXO E – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (GDS-15)</b> .....	41
	<b>ANEXO F – EXAME DE CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL</b> .....	42

## 1 INTRODUÇÃO

Este estudo deriva de um estudo maior, denominado *Avaliação de Processos e Ambientes Físicos da Atenção Básica em Relação às Políticas de Saúde Voltadas às Necessidades das Pessoas Idosas*, o qual teve o projeto aprovado pelo Comitê de Pesquisa e Ética da Faculdade de Odontologia da UFRGS no dia 18/06/2009, ata nº05/09, com o número do processo 15297. O mesmo foi financiado com recurso concedido pelo Edital FAPERGS 002/2009-PPSUS 2008/2009.

### 1.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O atual processo de envelhecimento populacional, que ocorre mundialmente, compreende uma mudança na estrutura etária da população, a qual aumenta o peso relativo dos idosos (CARVALHO; GARCIA, 2003). No Brasil, de acordo com informações recentes divulgadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), há mais de 20 milhões de pessoas com 60 anos ou mais.

A participação de idosos na população brasileira aumentou significativamente entre 1999 e 2009, com crescimento de forma acelerada. Este movimento é oposto ao que ocorreu com a população de até 19 anos, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Algumas projeções indicam que o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos no ano de 2020, totalizando mais de 30 milhões de indivíduos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010; CARVALHO; GARCIA, 2003).

Este fenômeno, resultante de uma transição demográfica e epidemiológica, tem levado a uma reorganização do sistema de saúde brasileiro, uma vez que essa população demanda mais cuidados devido à alta prevalência de doenças crônicas, disfunções, incapacidades físicas, entre outras (NASRI, 2008). É considerado, portanto, um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea (LIMA-COSTA; VERAS, 2003).

### 1.2 HISTÓRICO E ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

Ao longo do século XX, uma segmentação marcou a evolução do sistema de saúde brasileiro: a separação entre a “saúde pública” e a “saúde previdenciária”. A primeira incluía controle de epidemias, ações de vacinação, de educação sanitária, entre outras de cunho coletivo (MELLO, 1977). Já a segunda, vinculada às Caixas e Institutos de Aposentadoria e Pensões, tinha função de avaliar os recursos disponíveis, dar assistência aos trabalhadores e dependentes, desde que apresentassem vínculo empregatício (POSSAS, 1989).



Nos anos 70, o enfrentamento dessa segmentação surgiu com um movimento conhecido como Reforma Sanitária (ESCOREL, 1987), no contexto das lutas populares contra a ditadura militar e que buscava instaurar no país um sistema de saúde unificado, de acesso universal, reconhecendo a saúde como um direito social (NARVAI, 2003). As proposições da Reforma Sanitária tiveram na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, um momento de pactuação política. E posteriormente, na Constituição Federal Brasileira de 1988 estavam presentes as principais deliberações da 8ª CNS: saúde como direito de todos e dever do Estado, a criação de um Sistema Único de Saúde – SUS, gestão descentralizada do sistema para as esferas estadual e municipal, integralidade das ações de saúde, com prioridade para a prevenção e participação social. Em um momento posterior, as Leis Federais 8080 e 8142 viriam a regulamentar estes preceitos (PIRES-FILHO, 2004).

O Sistema Único de Saúde foi criado como uma proposta de reorganização dos serviços de saúde no Brasil, e já obteve muitos avanços, mas ainda se encontra em processo de construção e estruturação. Grandes lutas político-ideológicas, com envolvimento de diversos atores sociais, se sucederam, resultando nestes avanços (ARAÚJO; LEITÃO, 2005).

O SUS vem se configurando como uma das experiências mais bem-sucedidas de reforma do Estado, numa perspectiva popular (CAPISTRANO-FILHO, 1995). A inclusão social através do acesso aos bens de saúde se deu com muita eficiência, além de importantes avanços no desenvolvimento de conhecimentos e tecnologias em áreas críticas, ações de vigilância em saúde, entre outras (SANTOS, 2007). Narvai (2003) observou que um fator positivo do Governo Lula (2003-2006) foi reafirmar o compromisso com a construção do SUS e nomear militantes históricos da Reforma Sanitária para os escalões superiores do Ministério da Saúde.

Ainda é necessário para o SUS superar vários desafios para que funcione efetivamente, de acordo com seus princípios e diretrizes (MENDES, 2001). Há muitas desigualdades de acesso e diferenças significativas nas taxas de utilização dos serviços de saúde (LIMA et al., 2002).

Tem-se priorizado no país a instituição de modelos assistenciais centrados nos princípios que norteiam o SUS: integralidade, universalidade, equidade, descentralização e controle social (OLIVEIRA et al., 1999). O Programa Saúde da Família (PSF) é um modelo de assistência que se destaca, dentre outros, e tem objetivo de reorganizar o sistema, assim como reordenar as práticas sanitárias vigentes (BRASIL, 2001). Por meio deste programa foi dado um dos passos mais importantes na universalização dos cuidados (SANTOS, 2007). Os resultados do estudo de Giovanella et al. (2009) mostram avanços na integração da Saúde da

Família (SF) à rede assistencial, fortalecendo a atenção básica como serviço de procura regular e porta de entrada preferencial, e também, de acordo com Araújo (2004) melhorando o acesso, se comparado com o modelo de Atenção Primária à Saúde de Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Entretanto, ainda há dificuldades de acesso dos usuários a rede tanto em USFs quanto em UBSs (NONNENMACHER et al., 2011).

Deve-se considerar também a acessibilidade, que se entende como uma mescla entre os aspectos dos recursos de saúde e as características da população em um processo de procura e obtenção de assistência à saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). A acessibilidade é capaz de identificar fatores que possam impedir o cuidado, tanto nos aspectos organizacionais, quanto geográficos, socioculturais e econômicos. Um pré-requisito para que qualquer política pública possa atender às necessidades sociais é oferecer serviços acessíveis (AZEVEDO, 2007).

### 1.3 UTILIZAÇÃO E PROCURA POR SERVIÇOS DE SAÚDE

A utilização de serviços de saúde pode ser uma medida de acesso, mas não pode ser explicada somente por ele. Apesar do acesso ser um determinante, o uso dos serviços é resultado de muitos fatores (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; DEVER, 1988). Estudos tem demonstrado que fatores individuais associados à utilização incluem sexo feminino, idade avançada, maior nível socioeconômico e comorbidades (COSTA; FACCHINI, 1997; MENDOZA-SASSI et al., 2003).

Estudo de Louvison et al. (2008) mostrou que os idosos brasileiros apresentam altas taxas de utilização de serviços de saúde. O idoso utiliza mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação de leitos é maior, quando comparado a outras faixas etárias (VERAS, 2002).

Quanto à procura por serviços odontológicos, em um estudo que aborda os seus determinantes, Andersen e Davidson (1997) observaram que nativos americanos idosos, na faixa etária de 65-74 anos, relatavam visitar o dentista significativamente menos quando comparados com indivíduos com idades entre 35-44 anos.

### 1.4 DEPRESSÃO E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS

A depressão é um dos transtornos psiquiátricos mais comuns na terceira idade e não deve ser confundida com tristeza, visto que esta enfermidade pode estar presente com maior frequência nessa faixa etária, muitas vezes inserida em um contexto de doenças crônico-degenerativas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008). A depressão não é natural

ao processo de envelhecimento, é uma doença crônica que deve ser devidamente tratada. Entre a população idosa, esta pode ser considerada, quanto aos aspectos clínicos, um exemplo de uma enfermidade atípica e inespecífica (FRANK; RODRIGUES, 2006).

Eventos que acontecem mais comumente na terceira idade podem favorecer o surgimento da sintomatologia depressiva, como morte de familiares, perda das relações sociais e profissionais, do prestígio social, perda do prazer nas atividades rotineiras e diminuição do sono (MEHTA et al., 2002).

Além disso, o surgimento desses sintomas parece estar estreitamente relacionado ao nível de incapacidade física dos idosos (LIMA et al., 2009). Segundo Snowdon (2002), é possível que haja uma variação de tipos depressivos entre diferentes grupos etários, sendo a depressão associada à doença física ou deficiência a mais comum na terceira idade. Sugere-se que em 2020 a depressão será a segunda causa específica de incapacitação dos idosos nos países desenvolvidos e a primeira causa nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2006).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica nº 19, a prevalência de depressão entre os idosos do Brasil varia de 4,7% a 36,8%, dependendo dos instrumentos utilizados nos estudos, pontos de corte e severidade dos sintomas (BRASIL, 2006). Essa prevalência tem alta variabilidade em todo o mundo devido as diferentes metodologias dos estudos, a escala utilizada para avaliar os sintomas e a região onde vivem os indivíduos (SNOWDON, 2002).

Diferentes escalas diagnósticas sintomatológicas e de intensidade de sintomas depressivos são utilizadas em diversos estudos (FLECK et al., 2002; Værøy, 2011; COPELAND et al., 2004). Dentre estas estão as escalas Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), a escala Centers for Epidemiologic Studies  $\frac{3}{4}$  Depression (CES-D), Geriatric Mental State (GMS), o Inventário de Depressão de Beck (BDI), a Escala de Depressão Geriátrica (GDS), entre outras. A HADS é uma escala auto-relatada de 14 itens que foi originalmente desenvolvida para indicar a possível presença de sintomas ansiosos e depressivos, sendo dividida entre estes sintomas, com 7 itens para cada e ambos com uma faixa de pontuação de 0 a 21 (ZIGMOND; SNAITH, 1983). A CES-D é um instrumento auto-aplicável composto por 20 itens e desenvolvido por Radloff em 1977 com a finalidade de detectar sintomas depressivos em adultos. A escala foi validada para o português e inclui itens relacionados a humor, comportamento e percepção. A GMS é a avaliação clínica de saúde mental para idosos estruturada mais comumente utilizada no mundo (COPELAND et al., 2002). Dentre as várias síndromes analisadas por este instrumento está a depressão, variando num nível de 0 (sem sintomas) a 5 (severamente afetado) (COPELAND et al., 1986). O BDI (BECK et al., 1961) na versão original consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes,

cuja intensidade varia de 0 a 3. Os itens referem-se a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, auto depreciação, crises de choro, entre outros. A GDS, contendo 30 questões, foi desenvolvida por Yesavage e colaboradores (1982) na década de 80. Atualmente versões reduzidas da GDS vem sendo utilizadas, como a GDS-15, contendo 15 questões (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999a). Almeida e Almeida (1999b) mostraram que a GDS-15 na versão brasileira contem medidas válidas para o diagnóstico de sintomas depressivos, de acordo com os critérios do CID-10 (Código Internacional de Doenças, décima edição) e DSM-IV (Manual Estatístico de Doenças Mentais IV). O ponto de corte utilizado na versão brasileira é 5 e produziu uma sensibilidade de 85,4% e uma especificidade 73,9% no diagnóstico de episódios de depressão, conforme critérios do CID-10 (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999a; ALMEIDA; ALMEIDA, 1999b).

Na literatura internacional há evidência de que pacientes depressivos procuram os serviços médicos com maior frequência quando comparados a portadores de outras doenças crônicas (JOHNSON et al., 1992). Sartorius (2001) relatou haver alta prevalência de transtornos depressivos entre as pessoas que buscam serviços de saúde no Rio de Janeiro e ainda observou que a prevalência desses sintomas aumentava significativamente entre os que apresentavam outras doenças crônicas.

No entanto, é pouco conhecido o potencial efeito que os sintomas depressivos podem exercer sobre alguns desfechos em saúde bucal, principalmente na procura por cuidados odontológicos.

## **2 OBJETIVO**

O objetivo do presente estudo foi avaliar a associação entre a presença de sintomas depressivos e ausência de procura por cuidados odontológicos ou procura orientada por problemas pelos idosos do distrito sanitário Partenon/Lomba do Pinheiro, em Porto Alegre, RS.

### 3 ARTIGO CIENTÍFICO

#### INTRODUÇÃO

O fenômeno de envelhecimento da população é de âmbito mundial<sup>1,2</sup> e estudos apontam o declínio das taxas de fecundidade, e não o das taxas de mortalidade, como causa da transição da estrutura etária<sup>3,4,5,6</sup>. No Brasil este fenômeno acontece a um ritmo acelerado se comparado com o já visto em países europeus, devido ao rápido crescimento da população idosa<sup>7</sup> de acordo com informações recentes divulgadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística<sup>8</sup>. O Brasil tem mais de 20 milhões de pessoas com 60 anos ou mais e o estado do Rio Grande do Sul é o estado campeão no contingente de idosos<sup>8</sup>.

Com o envelhecimento da população mundial houve também uma mudança no padrão de doenças. O Brasil, seguindo a tendência mundial, tem passado por um processo de transição epidemiológica, resultando em um aumento significativo da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis<sup>9</sup>. Para Mendes<sup>10</sup>, a transição epidemiológica consiste na alteração do perfil de morbimortalidade do país e ocorre porque envolve uma tripla carga de doenças: (i) uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva, (ii) o desafio das doenças crônicas e seus fatores de risco e (iii) morbidade e mortalidade relacionada às causas externas.

Há uma alta prevalência de enfermidades na terceira idade, sendo os quatro agravos mais prevalentes, ditos gigantes da geriatria, segundo a Organização Mundial da Saúde<sup>11</sup>: perda de memória, incontinência urinária, depressão e quedas/imobilidade. Além disso, hipertensão e diabetes são as duas principais doenças crônicas responsáveis por uma parcela elevada de doenças e deficiências.

Esse fenômeno de envelhecimento da população gera uma maior demanda para a prestação de serviços de saúde e um custo alto, tornando-se um grande desafio para as políticas públicas<sup>5,6,12</sup>. Torna-se necessário um novo planejamento para que o sistema ganhe eficiência, com novas estratégias de prevenção, atenção integral e um foco inovador no cuidado dos idosos<sup>2</sup>.

Dentre as doenças crônicas passíveis de afetar os idosos, uma grande parcela é representada por problemas do campo da saúde mental. Segundo Hoffmann et al.<sup>13</sup>, os principais problemas são distúrbios afetivos com alterações de humor, destacando-se aqueles que apresentam sintomas depressivos. Estes representam um importante problema de saúde pública entre a população idosa<sup>14,15</sup>.

As causas de depressão no idoso estão inseridas em um contexto amplo, no qual atuam fatores genéticos, eventos da vida, doenças incapacitantes, entre outros. Os transtornos depressivos frequentemente surgem quando há perda da qualidade de vida associada à exclusão social e ao surgimento de doenças graves<sup>16</sup>. Sentimento de tristeza, desânimo, desalento, decepção e eventos como perdas de pessoas próximas também podem estar relacionados com tais transtornos<sup>14</sup>.

Os sintomas depressivos são altamente prevalentes na terceira idade. Alguns estudos de prevalência indicam que mais de 10% dos idosos apresentam algum quadro depressivo. Esse número sobe para 30% quando avaliados idosos institucionalizados<sup>17</sup>. Almeida e colaboradores<sup>18</sup> mostraram que sintomas depressivos e tensão são muito prevalentes na população idosa em um estudo na cidade de São Paulo. Snowdon<sup>19</sup> evidenciou a alta prevalência de depressão na terceira idade em todo o mundo, incluindo o Brasil.

A depressão, que inicia com sintomatologia depressiva, leva a uma repercussão importante sobre a qualidade de vida dos idosos<sup>20</sup>. As consequências dos sintomas depressivos incluem desfechos negativos em saúde bucal, como diminuição da frequência de escovação dos dentes<sup>21</sup>, maior prevalência de cárie<sup>22</sup> e maior probabilidade de surgimento de periodontite<sup>23</sup>. A hipótese deste estudo é que sintomas depressivos possam estar relacionados ao desfecho mensurado como ausência de procura por cuidados odontológicos ou a procura orientada por problemas relacionados com a boca, dentes ou próteses dentárias.

## **METODOLOGIA**

**Delineamento:** Estudo transversal

**Procedimento amostral:** Foram convidados a participar do estudo, durante os meses de agosto de 2010 a fevereiro de 2011, idosos com 60 anos de idade ou mais, moradores dos distritos que integram a gerência distrital Lomba do Pinheiro/Partenon, Porto Alegre, RS. Somente foram incluídos no estudo indivíduos que não apresentavam déficit cognitivo segundo o teste de rastreamento Mini Exame do Estado Mental (MEEM)<sup>24</sup>.

Amostragem por conglomerados:

Seguindo a metodologia proposta por Barros<sup>25</sup>, foi realizada uma amostragem proporcional por conglomerado, a partir do sorteio de 61 setores dentre os 240 setores censitários (subdivisões geográficas do município, definidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) da gerência distrital Lomba do Pinheiro – Partenon:

### *Distrito sanitário:*

O *locus* da pesquisa foi a gerência distrital Lomba do Pinheiro - Partenon, distrito docente assistencial da UFRGS, vinculado à rede pública de saúde do município de Porto Alegre, RS.

### *1º estágio – Setor Censitário*

Após obter a listagem de todos os setores censitários que compunham o distrito, os setores foram sorteados por amostragem aleatória simples. O sorteio dos setores manteve a proporcionalidade em relação ao tamanho da área de abrangência de cada Unidade de Saúde, visto que as Unidades tradicionais de Atenção Básica costumam atender territórios mais amplos e conseqüentemente um número maior de pessoas do que as unidades onde há Estratégia de Saúde da Família.

### *2º estágio – Quarteirão*

A definição do quarteirão elencado como ponto de partida para os exames, em cada setor, foi baseada em um fluxograma elaborado a partir dos mapas dos setores. Os quarteirões foram numerados e foi definida a seqüência dos quarteirões percorridos. Em cada quarteirão, foi sorteada aleatoriamente uma esquina que representasse o ponto inicial.

### *3º estágio – Domicílios*

A partir da esquina inicial, iniciavam-se as visitas pela primeira casa e seguia-se no sentido da esquerda de quem estivesse de frente para a esquina inicial, sendo realizado o pulo de uma casa, incluía-se o próximo domicílio, até que trinta entrevistas referentes àquele setor censitário tivessem sido obtidas.

### Cálculo do Tamanho da Amostra

Para estimação do tamanho amostral foi realizado um estudo piloto com 50 idosos moradores da mesma gerência distrital. O cálculo amostral foi realizado, tendo como base o estudo principal, considerando a prevalência de autopercepção de saúde bucal boa, muito boa ou excelente, cujo somatório foi igual a 59%. Estimou-se que a razão de prevalência dos



idosos que dispunham de uma atenção primária adequada é de 1,32. Assim, selecionado um alfa bidirecional de 0,05 e um beta de 0,20, foi estimada uma amostra total de 454 idosos. Foram acrescentados 10% para possíveis perdas ou recusas e 15% para controle de fatores de confusão. Na falta de uma estimativa precisa para minimizar o efeito do delineamento, que ocorre no processo amostral por conglomerados, a amostra foi ampliada 1,5 vez para realizar as análises ajustadas. Chegou-se, assim, ao número de 883 indivíduos. O tamanho amostral também foi estimado a partir da prevalência de autopercepção de saúde geral boa, muito boa ou excelente na mesma amostra, mas devido a uma estimativa menor, optou-se pela amostra obtida a partir da estimativa com dados referentes à percepção de saúde bucal.

#### Logística:

Este projeto foi aprovado pelos Comitês de Pesquisa e de Ética da Faculdade de Odontologia da UFRGS no dia 18/06/2009, ata nº 05/09, com o número do processo 15297.

Um treinamento com a equipe de entrevistadores, graduando e pós-graduandos, foi realizado previamente a coleta de dados. O treinamento foi composto de estudo das bases teóricas que compõem o marco referencial; estudo dos instrumentos; discussão do processo de amostragem; apropriação da tecnologia *Personal Digital Assistant* (PDA) e do software; discussão de casos complexos que poderiam vir a acontecer na coleta; simulação de entrevistas e exames entre os entrevistadores. Posteriormente, um estudo piloto foi realizado. Tal prática teve continuidade semanalmente para assegurar a qualidade dos dados.

Após o treinamento da equipe, deu-se início a coleta de dados executada nos domicílios. Em princípio, foi feito um convite aos potenciais participantes e esclarecimento quanto aos objetivos do estudo. Aqueles que aceitaram participar do estudo e assinaram o termo de consentimento informado, responderam a um questionário de identificação e ao Mini-Exame do Estado Mental. Os participantes que cumpriram os critérios de inclusão, também responderam a um questionário padronizado concebido para este estudo.

Do total de 994 idosos convidados a participar do estudo, 83 não foram encontrados nos domicílios no dia do exame e não conseguiram ser agendados após três tentativas, 26 se recusaram a participar e 23 não atingiram os pontos de corte do MEEM. A amostra do estudo, portanto, foi composta por 862 idosos que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aceitaram participar do estudo e estavam aptos a compor esta amostra. Cinquenta e três idosos responderam aos questionários, mas não aceitaram realizar os exames odontológicos.

**Medidas:**

- Questionário sócio-demográfico: As informações incluíam idade, sexo, situação conjugal, escolaridade em anos, renda familiar mensal. As variáveis foram categorizadas para os propósitos das análises estatísticas. A idade foi categorizada em: até 70 anos e 70 anos ou mais; a situação conjugal em casado e não casado, que incluía solteiro, divorciado ou viúvo; a escolaridade em: até 6 anos e 6 anos ou mais; a renda familiar em >R\$ 1090,00 (dois salários mínimos) e ≤R\$ 1090,00.
- Mini Exame do Estado Mental: Esse instrumento serviu para rastrear possíveis comprometimentos cognitivos capazes de inviabilizar a participação no estudo. O instrumento fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, possui questões reunidas em sete categorias, cada uma delas tem o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas, tais como: orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), recordação das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). Utilizou-se o Mini Exame do Estado Mental, com 30 itens, para avaliar a presença ou não de déficits cognitivos que configurassem o critério de exclusão adotado para este estudo. O MEEM utiliza pontos de corte diferenciados de acordo com a escolaridade para o diagnóstico genérico de “declínio cognitivo”. Os pontos de corte sugeridos pela literatura<sup>24</sup> e adotados como critério de inclusão foram obter no mínimo: 13 pontos para analfabetos, 18 para escolaridade média (1 a 8 anos de estudo) e 26 para alta escolaridade (9 anos de estudo ou mais).
- Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15): A GDS original, contendo 30 questões, foi desenvolvida por Yesavage e colaboradores<sup>26</sup>. A versão utilizada neste estudo contém 15 questões<sup>27</sup>, tendo como opções de resposta somente “sim” ou “não”, e para estas há valores determinados de 0 ou 1. Ao final, soma-se a pontuação e o ponto de corte utilizado nesta versão é 5/6 para não caso/caso. Almeida e Almeida<sup>28</sup> mostraram que a GDS-15 versão brasileira contém medidas válidas para o diagnóstico de sintomas depressivos.
- Questão objetiva sobre procura por cuidados odontológicos:  
A variável de desfecho foi avaliada através da seguinte pergunta: “Quando você procura cuidados de saúde bucal?” As respostas variavam dentre as seguintes opções: “nunca vou”, “quando eu tenho um problema”, “ocasionalmente - tenha ou não

problemas” e “regularmente”. Para fins de análise, as respostas foram dicotomizadas em “nunca/orientado por problemas e ocasionalmente/regularmente.

- Exame odontológico:

O exame foi realizado com o auxílio de palitos de madeira e uma lanterna. Neste foram avaliados o número de dentes, de restos radiculares em boca, uso de prótese dentária e qualquer alteração nos tecidos moles. O número de dentes foi categorizado levando em consideração o arco dental reduzido, formado por pelo menos 20 dentes, que foi caracterizado como aceitável do ponto de vista funcional<sup>29</sup>. Os restos radiculares foram categorizados a partir da distribuição com “0” ou “pelo menos 1”. Foi verificada presença ou ausência de prótese dentária e, alteração de tecidos moles foi categorizada em “presente” ou “ausente”.

#### **Análise Estatística:**

Os dados foram tabulados no software PASW versão 18.0 e foram realizadas as análises estatísticas. As variáveis qualitativas foram descritas na forma de frequências absoluta e relativa. As diferenças entre as variáveis explicativas e o desfecho em estudo foram verificadas através do Teste de Qui-quadrado. A associação entre sintomas depressivos e ausência de procura por cuidados odontológicos foram estimados por intermédio da razão de prevalência (RP). Para as estimativas das RP ajustadas para outras variáveis preditoras, foram desenvolvidos modelos por regressão de Poisson com ajuste robusto da variância. Foi realizada uma análise univariada com cada variável independente para o desfecho. Foram analisadas as variáveis: sexo, escolaridade, renda familiar mensal, número de dentes, alteração de tecidos moles e presença de resto radicular, além da variável principal sintomas depressivos. As variáveis que apresentaram significância estatística, definida como  $p \leq 0,20$ , na análise univariada, foram selecionadas para o modelo multivariado. As variáveis que não contribuíram para o modelo foram excluídas e um novo modelo foi calculado. As razões de prevalências (RP) ajustadas estão apresentadas, bem como seus intervalos de confiança de 95% (IC95%).

## **RESULTADOS**

A frequência das variáveis analisadas é apresentada na Tabela 1. A maioria da amostra era do sexo feminino (67,9%), não casada (53,1%), com 70 anos ou mais de idade (58,2%),

sendo a média de idade dos participantes do estudo de 69,94 ( $\pm 7,43$ ) anos. A maioria apresentou escolaridade de até 6 anos (62,2%) e renda familiar mensal de dois salários mínimos ou mais (64,3%). Em relação às condições bucais, 53,4% da amostra apresentou arco reduzido (1-19 dentes) e 31,3% eram edêntulos, a maioria não possuía alterações de tecidos moles (90,2%), usava pelo menos algum tipo de prótese dentária (83,1%) e não apresentava nenhum resto radicular (86%). Quanto à exposição principal, a maioria dos participantes não apresentou sintomatologia depressiva (71,5%). A predominância dessas características manteve-se independentemente da procura por cuidados odontológicos.

As principais características socioeconômicas e de saúde bucal da amostra, além da variável principal sintomas depressivos, segundo a procura por cuidados odontológicos, são apresentadas na Tabela 2. Do total de 862 idosos do estudo, 76,2% nunca procuravam o dentista ou procuravam apenas na presença de problemas relacionados à boca, dentes ou próteses. Houve diferença estatisticamente significativa entre idade ( $p=0,001$ ), escolaridade ( $p<0,001$ ), renda familiar ( $p<0,001$ ), número de dentes ( $p<0,001$ ), uso de prótese ( $p<0,001$ ), presença de resto radicular ( $p=0,016$ ), alteração de tecido mole ( $p=0,04$ ) e sintomas depressivos ( $p<0,001$ ) e o desfecho estudado. Já as variáveis situação conjugal e sexo não apresentaram diferença estatisticamente significativa com o desfecho.

A Tabela 3 apresenta as razões de prevalência bruta e ajustada de ausência de procura por cuidados odontológicos ou orientada por problemas, de acordo com características sociodemográficas, econômicas e de saúde bucal. A prevalência foi maior nos homens  $RP = 1,16$  (1,07 – 1,25), idosos com menor escolaridade  $RP = 1,22$  (1,11 – 1,33), com renda familiar de até dois salários mínimos  $RP = 1,15$  (1,07 – 1,23), edêntulos  $RP = 1,69$  (1,43 – 2,00), com presença de um ou mais restos radiculares  $RP = 1,24$  (1,12 – 1,36).

A Tabela 3 também mostra a associação positiva entre sintomas depressivos e ausência de procura por cuidados odontológicos, que foi verificada na análise bruta ( $RP = 1,21$ ;  $IC95\%: 1,13-1,30$ ) e manteve-se após a análise ajustada, ( $RP = 1,14$ ;  $IC95\%: 1,06-1,22$ ).

Tabela 1: Frequência das variáveis estudadas.

		N (%)
<b>Idade (em anos)</b>	≥ 70	502 (58,2)
	< 70	360 (41,8)
<b>Sexo</b>	Feminino	585 (67,9)
	Masculino	277 (32,1)
<b>Situação Conjugal</b>	Casado	403 (46,9)
	Não casado	457 (53,1)
<b>Escolaridade (em anos)</b>	≤ 6	536 (62,2)
	> 7	326 (37,8)
<b>Renda familiar (em reais)</b>	Até 1090	308 (35,7)
	1091 ou mais	554 (64,3)
<b>Número de dentes</b>	0	255 (31,3)
	1-19	435 (53,4)
	20 ou mais	124 (15,2)
<b>Alteração de tecidos moles</b>	Ausente	740 (91,2)
	Presente	71 (8,8)
<b>Uso de prótese</b>	Usa algum tipo de prótese	676 (83,1)
	Não usa	137 (16,9)
<b>Presença de resto radicular</b>	Nenhum	701 (86,0)
	Um ou mais	114 (14,0)
<b>Sintomas depressivos</b>	Com sintomas depressivos	246 (28,5)
	Sem sintomas depressivos	616 (71,5)

Tabela 2: Frequência das variáveis estudadas em relação à procura por cuidados odontológicos.

		Procura por cuidados odontológicos		Valor de p
		Nunca/ orientado por problemas N(%)	Ocasionalmente/ Regularmente N(%)	
<b>Idade (em anos)</b>	≥ 70	362 (55,2)	139 (67,8)	0,001
	< 70	294 (44,8)	66 (32,2)	
<b>Sexo</b>	Feminino	437 (66,6)	148 (72,2)	0,135
	Masculino	219 (33,4)	57 (27,8)	
<b>Situação Conjugal</b>	Casado	301 (45,9)	102 (49,8)	0,341
	Não casado	354 (54,0)	103 (50,2)	
<b>Escolaridade</b>	Até 6 anos	456 (69,5)	79 (38,5)	<0,001
	7 anos ou mais	200 (30,5)	126 (61,5)	
<b>Renda familiar (em reais)</b>	Até 1090	271 (41,3)	36 (17,6)	<0,001
	1091 ou mais	385 (58,7)	169 (82,4)	
<b>Número de dentes</b>	0	242 (39,1)	13 (6,7)	<0,001
	1-19	312 (50,4)	123 (63,4)	
	20 ou mais	65 (10,5)	58 (29,9)	
<b>Alteração de tecidos moles</b>	Ausente	555 (90,1)	184 (94,8)	0,04
	Presente	61 (9,9)	10 (5,2)	
<b>Uso de prótese</b>	Usa alguma prótese	519 (83,8)	157 (80,9)	<0,001
	Não usa	100 (16,2)	37 (19,1)	
<b>Presença de resto radicular</b>	Nenhum	523 (84,4)	177 (91,2)	0,016
	Um ou mais	97 (15,6)	17 (8,8)	
<b>Sintomas depressivos</b>	Com sintomas depressivos	214 (32,6)	32 (15,6)	<0,001
	Sem sintomas depressivos	442 (67,4)	173 (84,4)	

Tabela 3: Razões de prevalência (RP) bruta e ajustada para ausência de procura por cuidados odontológicos ou orientada por problemas.

		<b>Ausência de procura por cuidados odontológicos ou orientada por problema</b>			
		<b>RP bruta (IC95%)</b>	<b>Valor de p</b>	<b>RP ajustada (IC95%)</b>	<b>Valor de p</b>
<b>Sexo</b>	Feminino	1		1	
	Masculino	1,06 (0,98-1,15)	0,122	1,16 (1,07 – 1,25)	<0,01
<b>Escolaridade</b>	Até 6 anos	1,39 (1,27-1,53)	<0,01	1,22 (1,11 – 1,33)	<0,01
	7 anos ou mais	1		1	
<b>Renda familiar (em reais)</b>	Até 1090	1,27 (1,19-1,36)		1,15 (1,07 – 1,23)	<0,01
	1091 ou mais	1		1	
<b>Número de dentes</b>	0	1,80 (1,52-2,13)	<0,01	1,69 (1,43-2,00)	<0,01
	1-19	1,36 (1,14-1,62)	<0,01	1,26 (1,06 – 1,49)	<0,01
	20 ou mais	1		1	
<b>Alteração de tecidos moles</b>	Ausente	1		1	
	Presente	1,15 (1,04-1,27)	<0,01	1,06 (0,96-1,17)	0,36
<b>Presença de resto radicular</b>	Nenhum	1		1	
	Um ou mais	1,14 (1,04-1,24)	<0,04	1,24 (1,12-1,36)	<0,01
<b>Sintomas depressivos</b>	Com sintomas depressivos	1,21 (1,13-1,30)	<0,01	1,14 (1,06 – 1,22)	<0,01
	Sem sintomas depressivos	1		1	

IC95%: intervalo de 95% de confiança; RP: razão de prevalência

## DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo transversal confirmam a hipótese de que indivíduos idosos apresentando sintomatologia depressiva procuram menos por cuidados odontológicos, ou procuram somente na presença de problemas bucais. Esta associação foi positiva, mesmo ajustada a outros fatores, como variáveis socioeconômicas e de saúde bucal, que, por sua vez, também foram ao encontro de evidências recentes da literatura, mostrando, independentemente, associação com o desfecho<sup>30,31,32,33</sup>. A sintomatologia depressiva tem estreita relação com outros desfechos em saúde bucal de acordo com a literatura<sup>21,22,23</sup>, porém em relação à procura por cuidados odontológicos por idosos, no nosso conhecimento, este é o primeiro estudo e, portanto, se mostra relevante.

Os homens apresentaram maior ausência de procura por cuidados odontológicos neste estudo, quando comparados às mulheres. Isso pode ser explicado pelo fato da construção cultural da masculinidade envolver uma ideia comum de que a procura por serviços de saúde é uma característica do gênero feminino, um medo de descobrir que algo vai mal, falta de unidades de saúde específicas para os homens, limitações de tempo e vergonha de ficar exposto<sup>34</sup>. É possível que para serviços odontológicos estas explicações se mantenham. Pelo contrário, pode-se afirmar que as mulheres, como em muitos outros estudos, tendem a procurar mais os serviços de saúde<sup>35,36,37,38</sup>. Isto pode ser explicado devido à maior percepção por parte destas sobre sua saúde, de seus potenciais riscos, tendendo a buscar os serviços com maior regularidade<sup>38</sup>.

Baixa escolaridade e baixa renda também apresentaram associação positiva com ausência de procura por cuidados odontológicos. Quanto à procura por serviços de saúde geral, estudos tem demonstrado que fatores individuais associados incluem sexo feminino, idade avançada, maior nível socioeconômico e comorbidades<sup>37,39</sup>. Considerando que os indivíduos com baixa renda não tenham condições de pagar por serviços de saúde privados, é possível que a eventual falta de disponibilidade ou as desigualdades de acesso aos serviços odontológicos públicos influenciem neste desfecho. O acesso à saúde bucal não está ao alcance de toda a população, conforme Oliveira<sup>40</sup>. Entretanto, onde há um bom acesso aos serviços públicos, é possível que a escolaridade seja mais relevante<sup>30</sup>. Pode-se explicar a associação com a baixa escolaridade devido ao menor acesso a informações de saúde, como informações sobre prevenção e manutenção, levando a ausência da importante busca regular ao dentista e fazendo somente quando há problemas, como dor de dente, motivo mais relatado no estudo de Rosendo e Freitas<sup>33</sup>.



Quanto às condições bucais, idosos edêntulos ou apresentando um ou mais restos radiculares apresentaram associação com o desfecho. No caso dos edêntulos, quando comparados a indivíduos dentados, vários estudos apontam menor prevalência de uso de serviços odontológicos<sup>30,41,42</sup>. A ausência de procura deve estar associada à alta taxa de edentulismo entre os idosos, não sentindo assim necessidade de atendimento odontológico, como mostrou o estudo de Rosendo e Freitas<sup>33</sup>. A presença de restos radiculares talvez tenha sido associada por representar uma condição bucal desfavorável, e assim possivelmente demonstrar uma negligência com a saúde bucal, o que tem relação com a falta de procura por cuidados odontológicos.

Não houve diferença significativa em relação ao uso de serviço de saúde odontológico para indivíduos que apresentaram alteração de tecidos moles. Uma possível explicação para tal é que a maioria das alterações de tecidos moles deste estudo era assintomática, sem influência na procura pelo dentista, portanto, uma vez que fatores de natureza psicossocial, como a ausência de sintomas, contribuem para o abandono do cuidado a doenças, e possivelmente para ausência de busca por cuidado também<sup>43</sup>.

Na presente análise, houve uma diferença estatisticamente significativa de ausência de procura por cuidados de saúde bucal dentre idosos com sintomas depressivos. Diferentemente da busca por serviços de saúde geral, dos quais os indivíduos com sintomas depressivos tendem a aumentar a utilização<sup>44,45,46</sup>, a frequência de busca a serviços odontológicos tende a diminuir, juntamente a comportamentos desfavoráveis à saúde bucal que são adquiridos, como diminuição da frequência de escovação, o que já foi relatado no estudo de Anttila et al.<sup>21</sup>. Visto que alguns fatores emocionais, como medo e ansiedade levam a uma demora dos idosos em procurar um serviço odontológico<sup>33</sup>, sugere-se que para sintomas depressivos isto também se aplique, pois há muita influência emocional. Uma grande parcela das doenças crônicas prevalentes nos idosos é representada por doenças do campo da saúde mental e segundo Hoffmann et al.<sup>13</sup>, os principais problemas são distúrbios afetivos, destacando-se aqueles com sintomatologia depressiva.

O fato de ser idoso, independente de apresentar sintomatologia depressiva, leva a uma menor busca por consultas odontológicas, a qual vai diminuindo com o aumento da idade, como já apresentado no estudo de Kiyak<sup>47</sup>, esperando-se, portanto, uma baixa taxa de uso de serviços odontológicos. Sendo assim, a sintomatologia depressiva só contribuiria para aumentar a taxa de ausência de procura a cuidados de saúde bucal. A depressão, que inicia com os sintomas depressivos que podem ser diagnosticados através das diferentes escalas relatadas, leva a uma repercussão importante sobre a qualidade de vida dos idosos, portanto

sua detecção e tratamento precoce podem contribuir para melhorar seu bem-estar<sup>20</sup>.

É importante lembrar que os resultados deste estudo são limitados e que generalizações podem ser afetadas por características do delineamento e da amostra. O fato do estudo ter sido realizado exclusivamente em um território pode ter gerado uma amostra mais homogênea. O distrito tem características peculiares, podendo não ser dados representativos para a cidade de Porto Alegre, além da proporção de mulheres idosas na amostra ser superior a proporção dessas na cidade, o que é uma limitação comum a outros estudos.

Acredita-se que avaliações longitudinais possam ser extremamente válidas para que seja possível estabelecer um entendimento a respeito de como as mudanças na realidade da APS e do SUS são capazes de influenciar nas percepções dos indivíduos. Além disso, como o foco deste estudo é inédito, é possível que estudos sobre a relação existente entre o acesso a distintos tipos de serviços e outros desfechos relacionados com a saúde bucal também possam auxiliar na qualificação das políticas e na formulação de ações no âmbito do Sistema Único de Saúde.

## **CONCLUSÃO**

Há uma associação expressiva de ausência de procura por cuidados de saúde bucal dentre idosos apresentando sintomas depressivos, além de baixa condição socioeconômica e condição bucal desfavorável. Desta forma, tanto aspectos emocionais quanto socioeconômicos e clínicos devem ser considerados quando a procura por cuidados odontológicos é avaliada.

Concomitantemente, são necessários investimentos em saúde bucal que possam garantir o acesso e aumentar a motivação para a procura de cuidados odontológicos preventivos e regulares, principalmente dentre os idosos, considerando que há alta prevalência de sintomatologia depressiva nesta faixa etária, o que diminuiria ainda mais a busca por esses cuidados, como foi observado.

## **REFERÊNCIAS**

1. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(3): 725-733.
2. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública* 2009; 43(3): 548-554.

3. Ramos LR, Veras R, Kalache A. Populational ageing: a Brazilian reality. *Rev Saúde Pública* 1987; 21: 211-24.
4. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, et al. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(6): 1665-1675.
5. Wong LLR, Carvalho JA. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *Rev. bras. estud. popul.* 2006; 23(1): 5-26.
6. Nasri F. O envelhecimento populacional no Brasil. *Einstein* 2008; 6(1): S4-S6.
7. Carvalho JAM, Wong LLR. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(3): 597-605.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico: Brasil, 2010*. Brasília, 2010.
9. Malta DC, Cezario AC, Moura L, et al. Building surveillance and prevention for chronic non communicable diseases in the national Unified Health System. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2006; 15(3): 47-65.
10. Mendes EV. As redes de atenção a saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010; 15(5): 2297-2305.
11. World Health Organization. *Age-friendly Primary Health Care Centres Toolkit*. Geneva, 2008.
12. Costa MFL, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(3): 700-701.
13. Hoffmann EJ, Ribeiro F, Farnese JM, et al. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. *J. bras. psiquiatr.* 2010; 59(3): 190-197.
14. Anttila SS. *Depressive symptoms in relation to oral health and related factors in a middle-aged population: analytical approach*. Oulu, Finland: University of Oulu, 2003. PhD thesis.
15. Friedlander SL, Larkin EK, Rosen CL, et al. Decreased Quality of Life Associated with Obesity in School-aged Children. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 2003; 157(12):

- 1206-1211.
16. Stella F, Gobbi S, Corazza DI, et al. Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da atividade física. *Motriz* 2002; 8(3): 91-98.
  17. George LK. Fatores sociais e econômicos relacionados aos transtornos psiquiátricos do idoso. In: Busse EW, Blazer DG (Org.). *Psiquiatria Geriátrica*. Porto Alegre: Artmed, 1999: 141-165.
  18. Almeida OP, Forlenza OV, Lima NCK, et al. Psychiatric morbidity among the elderly in a primary care setting report from a survey in São Paulo, Brasil. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 1997; 12: 728-736.
  19. Snowdon J. Qual é a prevalência de depressão na terceira idade? *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2002; 24(1): 42-47.
  20. Barbosa AR, Souza JM, Lebrão ML, et al. Functional limitations of Brazilian elderly by age and gender differences: data from SABE survey. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21: 1177-1185.
  21. Anttila S, Matti K, Pekka Y, et al. Symptoms of depression and anxiety in relation to dental health behavior and self-perceived dental treatment need. *Eur. J. Oral Sci.* 2006; 114: 109–114.
  22. Hugo FN. Qualidade de vida, depressão e saúde bucal em idosos do Sul do Brasil. Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas, 2008. Tese de doutorado.
  23. Moss ME, Beck JD, Kaplan BH, et al. Exploratory Case-Control Analysis of Psychosocial Factors and Adult Periodontitis. *J. Periodontol.* 1996; 67(10): 1060-1069.
  24. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, et al. O mini exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq. Neuropsiquiatr.* 1994; 52: 1-7.
  25. Barros FC, Victora CG. *Epidemiologia da Saúde Infantil: um manual para diagnósticos comunitários*. 3ª Edição, HUCITEC – UNICEF, 1998.
  26. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J. Psychiatr. Res.* 1982; 17(1): 37-49.
  27. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão

- em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq. Neuropsiquiatr.* 1999a; 57(2-B): 421-426.
28. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: A study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 1999b; 14: 858-865.
29. Agerberg G, Carlsson GE. Chewing Ability in Relation to Dental and General Health Analyses of Data Obtained From a Questionnaire. *Acta Odontologica Scandinavica* 1981; 39(3): 147-153.
30. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Características associadas ao uso de serviços odontológicos entre idosos dentados e edentados no Sudeste do Brasil: Projeto SB Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(1): 81-92.
31. Osorio RG, Servo LMS, Piola SF. Necessidade de saúde insatisfeita no Brasil: uma investigação sobre a não procura de atendimento. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2011; 16(9): 3741-3754.
32. Jeffries M, Grogan S. 'Oh, I'm just, you know, a little bit weak because I'm going to the doctor's': young men's talk of self-referral to primary healthcare services. *Psychol. Health.* 2012; 27(8): 898-915.
33. Rosendo RA, Freitas CHSM. Diabetes Melito: Dificuldades de Acesso e Adesão de Pacientes ao Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde,* 2012; 16(1): 13-20.
34. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública,* 2007; 23(3): 565-574.
35. Capilheira MF, Santos IS. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(3): 436-443.
36. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, et al. Utilization of health care services in Brazil: gender, family characteristics, and social status. *Rev. Panam. Salud Publica* 2002; 11(5-6): 365-373.
37. Mendoza-Sassi RB, Beria JU, Barros AJD. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Rev. Saúde Pública* 2003; 37(3): 372-378.
38. Castro RD, Oliveira AGRC, Araújo IM. Estudo da Acessibilidade Organizacional aos

- Serviços de Saúde Bucal de um Município de Pequeno Porte do Nordeste Brasileiro. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde* 2011; 14(4): 65-76.
39. Costa JSD, Facchini LA. Use of outpatient services in an urban area of Southern Brazil: place and frequency. *Rev. Saude Publica* 1997; 31(4): 360-369.
  40. Oliveira LMA. Saúde Bucal em Pernambuco: Acesso e utilização dos serviços odontológicos do SUS em 2001. Recife, PE: Fundação Oswaldo Cruz, 2002. Monografia.
  41. Locker D, Ford J. Evaluation of an area-based measure as an indicator of inequalities in oral health. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1994; 22: 80-85.
  42. Gilbert GH, Branch LG, Longmate J. Dental care use by U.S. veterans eligible for VA care. *Soc Sci Med* 1993; 36: 361-370.
  43. Duarte MTC, Cyrino AP, Cerqueira ATAR, et al. Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. *Ciênc. saúde coletiva* 2010; 15(5): 2603-2610.
  44. Fleck, MPA, Lima AFBS, Louzada S, et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev. Saúde Pública* 2002; 36(4): 431-438.
  45. Lacruz ME, Emeny RT, Haefner S, et al. Relation between depressed mood, somatic comorbidities and health service utilisation in older adults: results from the KORA-Age study. *Age Ageing* 2012; 41(2): 183-190.
  46. Luppá M, Sikorski C, Motzek T, et al. Health Service Utilization and Costs of Depressive Symptoms in Late Life - A Systematic Review. *Curr. Pharm. Des.* 2012; 18: 000-000.
  47. Kiyak HA. Explaining patterns of dental service utilization among the elderly. *J. Dent. Educ.* 1986; 50: 679-687.
  48. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2002; 7(4): 687-70.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A depressão, como doença crônica altamente prevalente na população idosa, deve ser considerada como fator influenciador na procura por cuidados de saúde por esse grupo, incluindo cuidados odontológicos, visto que há uma repercussão importante em vários âmbitos da vida de quem apresenta essa enfermidade ou seus sintomas. Comportamentos ou hábitos não saudáveis adquiridos e negligência com o auto-cuidado são alguns exemplos. Portanto, uma atenção a esse fato, principalmente aos primeiros sintomas, garante um cuidado integral à saúde do idoso. Para garanti-lo, ainda é importante o entendimento das inter-relações entre os sinais e sintomas da depressão pelos profissionais de saúde.

Além disso, outros aspectos relacionados à busca por cuidados de saúde bucal, como características sócio-demográficas e clínicas odontológicas, também necessitam consideração, visto que são estreitamente associados. A detecção e tratamento adequados para a depressão ou sintomatologia depressiva são fundamentais para a melhoria da qualidade de vida da população idosa, além de otimizar o uso dos serviços de saúde, evitar outras condições clínicas e incentivar a uma busca regular por cuidados odontológicos.

## REFERÊNCIAS

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

ALMEIDA, O.P.; ALMEIDA, S.A. Short versions of the geriatric depression scale: A study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. **Int J Geriat Psychiatry**, v. 14, no.10, p. 858-865, 1999b.

ANDERSEN, R.M.; DAVIDSON, P.L. Ethnicity, Aging, and Oral Health Outcomes: A Conceptual Framework. **Adv. Dent. Res.**, Washington, DC, v. 11, no. 2, p. 203-209, 1997.

ARAÚJO, M.R.; ASSUNÇÃO, R.S. The practice of the community health agency in health promotion and disease prevention. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 57, p. 19-25, 2004.

ARAÚJO, M.A.L.; LEITÃO, G.C.M. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 396-403, 2005.

AZEVEDO, A.L.M. **Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como porta de entrada.** 2007. 177f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Recife.

BECK, A.T. et al. Beck Depression Inventory (BDI). **Arch. Gen. Psychiatry**, Chicago, v. 4, p. 561-571, 1961.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde – Área Técnica de Saúde Bucal. **Plano de Reorganização da Saúde Bucal na Atenção Básica.** Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da Pessoa Idosa.** Brasília, 2006. (Caderno de Atenção Básica, n. 19).

CAPISTRANO-FILHO, D. **Da saúde e das cidades.** São Paulo: Hucitec, 1995.

CARVALHO, J.A.M.; GARCIA, R.A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, 2003.

COPELAND, J.R.M. et al. Depression among older people in Europe: the EURODEP



studies. **World Psychiatry**, Milan, v. 3, no. 1, p. 45–49, 2004.

COPELAND, J.R.M.; DEWEY, M.E.; GRIFFITHS-JONES, H.M. A computerized psychiatric diagnostic system and case nomenclature for elderly subjects: GMS and AGE-CAT. **Psychol. Med.**, London, v.16, p. 89–99, 1986.

COPELAND, J.R.M. et al. The Geriatric Mental State Examination in the 21st century. **Int. J. Geriatr. Psychiatry**, Chichester, v. 17, p. 729–732, 2002.

COSTA, J.S.D.; FACCHINI, L.A. Use of outpatient services in an urban area of Southern Brazil: place and frequency. **Rev. Saude Publica**, São Paulo, v. 31, no. 4, p. 360-369, 1997.

DEVER, G.E.A. **A epidemiologia na administração dos serviços de saúde**. São Paulo: Pioneira, 1988.

ESCOREL, S. **Reviravolta da saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. 1987. Dissertação (Mestrado em Planejamento) - ENSP, Rio de Janeiro.

FLECK, M.P.A. et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Rev. Saude Publica**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 431-438, 2002.

FRANK, M.H.; RODRIGUES, N.L. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: FREITAS, E.V., et al. (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Koogan, 2006. p. 376-386.

GIOVANELLA, L., et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Cien. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico: Brasil, 2010**. Brasília, 2010.

JOHNSON, J.; WEISSMAN, M.M.; KLERMAN, G.L. Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. **JAMA**, Chicago, v. 267, p. 1478-1483, 1992.

LIMA, A.J.C. et al. Desigualdade no acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 62-70, 2002.

LIMA, M.T.R.; SOUZA E SILVA, R.; RAMOS, L.R. Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 1, p. 1-7, 2009.

LIMA-COSTA, M.F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 700-701, 2003.

LOUVISON, M.C.P. et al. Inequalities in access to health care services and utilization for the elderly in São Paulo, Brazil. **Rev. Saude Publica**, São Paulo, v. 42, no. 4, p. 733-740, 2008.

MEHTA, K.M.; YAFFE, K.; COVINSKY, K.E. Cognitive Impairment, Depressive Symptoms, and Functional Decline in Older People. **J. Am. Geriatr. Soc.**, New York, v. 50, no. 6, p. 1045-1050, 2002.

MELLO, C.G. **Saúde e assistência médica no Brasil**. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1977.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

MENDOZA-SASSI, R.B.; BERIA, J.U.; BARROS, A.J.D. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. **Rev. Saude Publica**, São Paulo, v. 37, no. 3, p. 372-378, 2003.

NARVAI, P.C. Saúde: governo transgênico? **Revista Adusp**, São Paulo, v. 29, p. 28-33, 2003.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. S4-S6, 2008.

NONNENMACHER, C.L.; WEILLER, T.H.; OLIVEIRA, S.G. Acesso à saúde: limites vivenciados por usuários do SUS na obtenção de um direito. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 248-255, 2011.

OLIVEIRA, A.G.R.C. et al. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Ação Coletiva**, Brasília, v. 1, p. 9-14, 1999.

PIRES-FILHO, F.M. **Políticas de saúde bucal**: pingos e respingos – registros para uma contribuição crítica. Porto Alegre: Ed. do autor, 2004.

POSSAS, C. A. **Saúde e trabalho**: a crise da previdência social. São Paulo: Hucitec, 1989.

RADLOFF, L.S. The CES-D Scale. A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. **Appl. Psychol. Meas.**, St. Paul, v. 1, p. 385-401, 1977.

SANTOS, N.R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Cien. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, 2007.

SARTORIUS, N. The economic and social burden of depression. **J. Clin. Psychiatry**, Memphis, v. 62, no. 15, p. 8-11, 2001.

SNOWDON, J. Qual é a prevalência de depressão na terceira idade? **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 42-47, 2002.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. S190-S198, 2004.

VERAS, R.P. **Gestão contemporânea em saúde: terceira idade**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002.

Værøy, H. Depression, anxiety, and history of substance abuse among Norwegian inmates in preventive detention: Reasons to worry? **BMC Psychiatry**, London, v. 11, p. 40, 2011.

YESAVAGE, J.A. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **J. Psychiatr. Res.**, Oxford, v. 17, no. 1, p. 37-49, 1982.

ZIGMOND, A.S.; SNAITH, R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. **Acta Psychiatr. Scand.**, Copenhagen, v. 67, no. 6, p. 361-370, 1983.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Age-friendly Primary Health Care Centres Toolkit**. Geneva, 2008.

## APÊNDICE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



### Esclarecimentos

**Este é um convite para você participar da pesquisa de “Avaliação da adequação de processos e ambientes físicos da atenção básica e das percepções em relação às políticas de saúde voltadas às necessidades das pessoas idosas” realizada por um grupo de pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFRGS.**

**Esse estudo pretende ouvir a opinião dos idosos sobre os postos de saúde, por isso serão entrevistados idosos do seu bairro, escolhidos por sorteio. A entrevista será feita na própria residência. Não existem respostas certas ou erradas, sinta-se a vontade para responder às questões, pois a entrevista será confidencial e os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese.**

**Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.**

**Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.**

**Caso seja detectado algum problema de saúde bucal que exija atendimento odontológico, você será orientado a procurar uma Unidade de Saúde.**

**Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para o Prof. Dr. Fernando Neves Hugo, ou para os pesquisadores Aline Blaya Martins ou Matheus Neves, na Faculdade de Odontologia da UFRGS, Rua Ramiro Barcelos, 2154; pelo Tel: 33085204. Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFRGS, Rua Ramiro Barcelos, 2154, no Tel: 33083629.**

### Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, \_\_\_\_\_ declaro ter lido e discutido o conteúdo do presente Termo de Consentimento e concordo em participar desse estudo de forma livre e esclarecida. Também declaro ter recebido cópia deste termo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

Impressão  
dactiloscópica

\_\_\_\_\_  
Nome do entrevistador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistador

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

**ANEXO A – ACEITE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Universidade Federal do Rio Grande do



Faculdade de Odontologia

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA****PARECER FINAL**

O Comitê de Ética em Pesquisa e a Comissão de Pesquisas da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisaram o Projeto:

Número: **15297**

Título:

**AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO DE PROCESSOS E AMBIENTES FÍSICOS DA ATENÇÃO BÁSICA E DAS PERCEPÇÕES EM RELAÇÃO ÀS POLÍTICAS DE SAÚDE VOLTADAS ÀS NECESSIDADES DAS PESSOAS IDOSAS**

Pesquisador Responsável: **Prof. FERNANDO NEVES HUGO**

Outros pesquisadores: **Aline Blaya Martins; Juliana Balbinot Hilgert, Profa. Dalva Maria Pereira Padilha.**

O Projeto foi aprovado na reunião do dia 18 de junho., Ata nº05/09, do Comitê de Ética em Pesquisa e da Comissão de Pesquisa, da UFRGS, por estar adequado ética e metodologicamente de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, 18 de junho de 2009.

Isabel da Silva Lauxen  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

Prof.ª Deise Ponzoni  
Coordenadora da Comissão de Pesquisa

## ANEXO B – QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

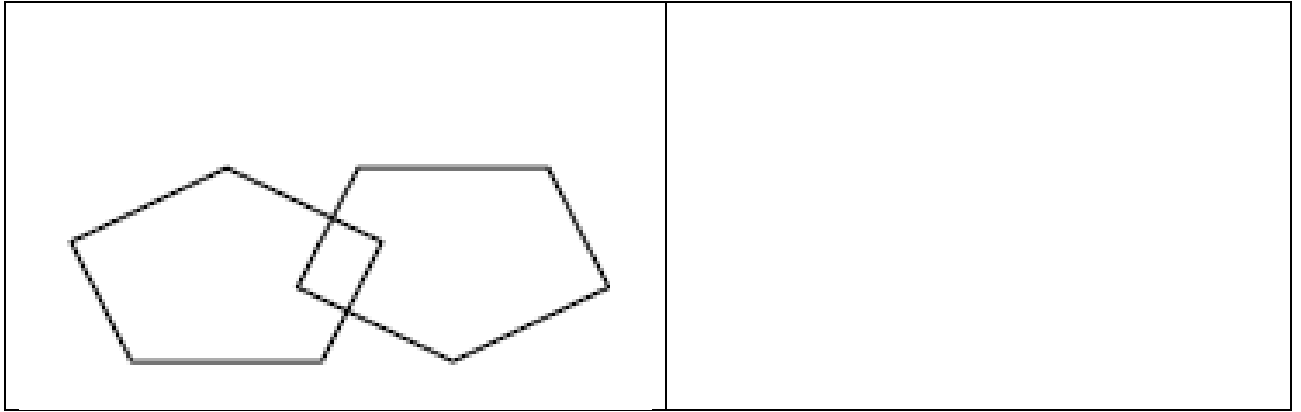
Pergunta		Resposta
Entrevistador: olhe no mapa e marque com um círculo o setor censitário.		380,385,389,,391,402,406,408, 423,428,431,432, 433, 434, 435, 438,444,447,468,473,476,487, 497,500,506,509,519,523,529, 530,535,537,549,553,560,566, 571,572,586,591,902,907,910, 923,925,928,931,932
Entrevistador: Circule o seu código.		
1- Aline 2- Creta 3- Édina 4- Matheus Neves 5- MatheusScholten	6- Michele P. Sales 7- Michelle Meireles 8- Otávio 9- Rafael 10- Raíssa	11- Renyelle 12 – Julia 13 – Andreas 14- Sílvia 15- Camila
Data e hora da entrevista.		___/___/_____:_____
Qual o seu nome?		_____
Qual o seu endereço?		_____ _____
O Sr(a) têm telefone?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se sim, qual o número do seu telefone?		_____
O (a) sr(a) possui algum outro telefone de contato, ou de algum parente ou vizinho?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
A quem pertence este telefone? (Nome da pessoa)		_____
Qual a sua relação com esta pessoa?		<input type="checkbox"/> familiar <input type="checkbox"/> amigo <input type="checkbox"/> vizinho <input type="checkbox"/> outro <input type="checkbox"/> o(a) próprio(a)
Qual o número deste outro telefone?		_____
Qual a sua data de nascimento?		___/___/_____
Qual a sua idade?		_____anos
Até que série o(a) sr(a) estudou*? Fazer a conversão, colocando o total de anos estudados com aproveitamento (sem reprovação), considerando desde o primeiro ano do ensino fundamental.		0 analfabeto 1ano 2 anos 3 anos 4 anos 5 anos 6 anos 7 anos 8 anos 9 anos 10 anos 11 anos 12 anos ou mais 13Nao sabe/Nao respondeu
Série	Anos de estudo	
Primário (1ª parte do 1º grau)	5 anos	
Ginásio (2º parte do 1º grau)	9 anos	
Clássico/Científico/Normal/2º grau	12 anos	
Artigo 99 (supletivo do 2º grau)	10 anos	
Mobral ( Alfabetização )	2 anos	
Responder: O idoso encontra-se entre os critérios iniciais de inclusão?		<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Caso o idoso não se encontre nos critérios de inclusão, relate o motivo.		_____
Responder: O idoso aceitou participar?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Caso ele tenha recusado, qual o motivo da recusa?		_____
O termo de consentimento foi assinado?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

## ANEXO C – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Anos de Estudo: \_\_\_\_\_

Explicação	Questão	Resposta	
Agora vou lhe fazer algumas questões sobre a data de hoje:	Diga em que dia da semana estamos.	0- N	1-S
	Em que dia do mês estamos.	0- N	1-S
	Em que mês do ano estamos?	0- N	1-S
	Em que semestre do ano estamos?	0- N	1-S
	Diga em que ano estamos?	0- N	1-S
Agora vou lhe fazer algumas questões sobre o local que estamos:	Que local é este?	0- N	1-S
	Em que rua estamos?	0- N	1-S
	Em que bairro estamos?	0- N	1-S
	Em que cidade estamos?	0- N	1-S
	Em que estado estamos?	0- N	1-S
Entrevistador, agora peça ao idoso para repetir as palavras depois de você dizê-las. Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (caneca, tijolo e tapete).	Entrevistador, o idoso repetiu “caneca”?	0- N	1-S
	Entrevistador, o idoso repetiu “ tijolo”?	0- N	1-S
	Entrevistador, o idoso repetiu “tapete”?	0- N	1-S
Pergunta	O(a) Sr.(a) faz cálculos? (Não pontuar)		
Se a resposta da pergunta anterior for SIM, faça as questões de cálculo ao lado, se for NÃO, pule para as questões de soletrar.	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$7,00, quanto restaria? (93?).	0- N	1-S
	E se tirássemos mais 7 reais? (86 ou - 7?).	0- N	1-S
	E se tirássemos mais 7 reais? (79 ou - 7?).	0- N	1-S
	E se tirássemos mais 7 reais? (72 ou -7?).	0- N	1-S
	E se tirássemos mais 7 reais? (65 ou -7?).	0- N	1-S
Soletre a palavra MUNDO de trás para frente.	Entrevistador, o idoso soletrou a letra O?	0- N	1-S
	Entrevistador, o idoso soletrou a letra D?	0- N	1-S
	Entrevistador, o idoso soletrou a letra N?	0- N	1-S
	Entrevistador, o idoso soletrou a letra U?	0- N	1-S
	Entrevistador, o idoso soletrou a letra M?	0- N	1-S
Por favor, agora repita aquelas palavras que eu disse há pouco.	Entrevistador, lembrou da “caneca”?	0- N	1-S
	Entrevistador, lembrou do “tijolo”?	0- N	1-S
	Entrevistador, lembrou do “tapete”?	0- N	1-S
Entrevistador, mostre os cartões com as imagens do relógio e da caneta e peça para que o idoso diga que objetos são.	Ele respondeu relógio?	0- N	1-S
	Entrevistador, o idoso respondeu caneta?	0- N	1-S
Por favor, agora repita a seguinte frase:	Nem aqui, nem ali, nem lá. (Entrevistador, o idoso repetiu adequadamente?)	0- N	1-S
Entrevistador, com uma folha de papel em mãos, explique ao idoso que a seguir ele deverá executar três ações simples que serão descritas por o (a) sr(a) a seguir. Marque “sim” se ele a executar as ações:	Pegue o papel com a mão direita.	0- N	1-S
	Dobre-o ao meio.	0- N	1-S
	Ponha-o no chão.	0- N	1-S
Entrevistador, entregue ao idoso o Cartão 2 Mini-mental que contém a frase: “Feche os olhos”.	Logo, peça gentilmente que ele leia a afirmação e execute, se possível. Se ele executar, marque “sim”. Se não souber ler, ou não executar, marque “não”.	0- N	1-S
Entrevistador, com o bloco de desenho em mãos, peça ao idoso para escrever uma frase completa	Ele conseguiu escrever? *Mínimo- Frase c/ um substantivo e um verbo.	0- N	1-S
Entrevistador, entregue ao idoso a Cartão 2 do Mini-Mental que contém o desenho e gentilmente solicite que ele o copie a figura em seu bloco de desenho.	Ele conseguiu copiar?	0- N	1-S
Score		Siga os pontos de corte que estão no cartão.	

## Ficha de desenho do MEEM





**ANEXO D – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO****1. Qual o seu sexo? (Entrevistador, observe e marque)**

- 1) Masculino 2) Feminino

**2. Qual a cor da sua pele? (estimulada e única)**

- 1) Branca
- 2) Negra
- 3) Amarela
- 4) Parda
- 5) Indígena
- 6) Recusou-se a responder
- 9) Não sabe/Não respondeu

**3. Qual a sua situação conjugal?**

- 1) Solteiro
- 2) Casado/Morando junto
- 3) Separado/Divorciado
- 4) Viúvo
- 9) Não sabe/Não respondeu

**4. Você fuma cigarros atualmente?**

- 1) Sim
- 2) Não
- 9) Não sabe/Não respondeu

**5. Quantos cigarros você fuma por dia\*? \_\_\_\_\_ (Olhe o Cartão de Equivalência)**

- 1) Não se aplica

**6. Há quanto tempo você fuma? \_\_\_\_\_ anos**

- 1) Não se aplica

**7. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?**

- 1) Nunca
- 2) Uma vez por mês ou menos
- 3) 2 a 4 vezes por mês
- 4) 2 a 3 vezes por semana
- 5) 4 ou mais vezes por semana

**8. Quantas doses\* você consome no dia em que você bebe bebidas alcoólicas?**

- 1) 1 ou 2
- 2) 3 ou 4
- 3) 5 ou 6
- 4) 7, 8 ou 9
- 5) 10 ou mais
- 6) NSA

**9. Com que frequência você ingere 6 ou mais doses de bebida alcoólica em uma ocasião?**

- 1) Nunca
- 2) Menos do que uma vez ao mês
- 3) Mensalmente
- 4) Semanalmente

- 5) Diariamente ou quase diariamente
- 6) NSA

**10. Quantas pessoas, incluindo o Sr (a), residem nesta casa:**

Número de pessoas que residem na casa: \_\_\_\_\_

**Nota:** Refere-se ao número de pessoas que compõem a unidade familiar. Excluem-se deste item os empregados domésticos, visitas, indivíduos que moram de aluguel e não fazem parte da família e os inquilinos que residem naquele domicílio. Marcar 99 para “não sabe / não respondeu”.

**11. O Sr.(a) é aposentado?**

- 1) sim 2) não

**12. Qual a sua ocupação? \_\_\_\_\_**

**13. No mês passado, quanto receberam em reais, juntas, todas as pessoas que moram na sua casa, incluindo salários, bolsa-família, pensão, aposentadoria ou outros rendimentos?**

**Nota:** Ao receber a resposta com o valor em salários mínimos ou bolsa família, transforme o referido valor para o valor numérico em reais. **Caso o idoso não queira responder, preencha com o nº “9”.**

Salário mínimo: R\$ 510,00. Bolsa família: R\$ 68,00 + R\$22,00 por criança e/ou R\$33,00 por adolescente (16/17 anos)

**14. Quantas pessoas dependem desta renda para o seu sustento? \_\_\_\_\_**

**15. O Sr (a). considera esta renda suficiente para suprir as necessidades da família?**

- 1) Sim 2) Não

**16. Você participa de algum grupo de terceira idade de sua comunidade, ou dos encontros de convivência de idosos de sua ou de outra comunidade?**

- 1) Sim
- 2) Não
- 9) Não sabe/Não respondeu

**17. Com que frequência o Sr (a) está envolvido com estas atividades?**

- 1) Menos do que uma vez ao mês
- 2) Mensalmente
- 3) Semanalmente
- 4) Diariamente ou quase diariamente
- 8) Não se aplica
- 9) Não sabe/Não respondeu

**18. Atualmente, qual a religião ou culto que você frequenta? Se a pessoa tiver mais do que uma religião, marcar o item 7. A resposta é única.**

- 1) Católica
- 2) Protestante
- 3) Pentecostal .
- 4) Espírita
- 5) Umbanda, candomblé, batuque
- 6) Judaica
- 7) Evangélica
- 8) Mais de uma
- 9) Nenhuma
- 10) Não sabe/Não respondeu

**ANEXO E – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (GDS-15)**

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

## ANEXO F – EXAME DE CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL

Examinador, agora peça ao idoso para examinar a sua boca brevemente apenas para a contagem do número de dentes e verificação do uso de prótese.

1º Peça ao idoso que retire a(s) próteses.

2º Faça a contagem do nº de dentes e do nº de restos radiculares com o auxílio do palito abaixador de língua em cada arcada e anote, posteriormente conte novamente o total e confira se está de acordo com o número por arcadas.

3º Preencha os dados listados abaixo:

### NÚMERO DE DENTES PRESENTES

Arcada Superior- Nº de dentes:\_\_\_\_\_ Nº de restos radiculares:\_\_\_\_\_

Arcada Inferior- Nº de dentes:\_\_\_\_\_ Nº de restos radiculares:\_\_\_\_\_

Total- Nº de dentes:\_\_\_\_\_ Nº de restos radiculares:\_\_\_\_\_

### CONDIÇÃO PROTÉTICA (Atribua um dos códigos abaixo)

Arcada Superior-

Arcada Inferior-

0 – sem prótese;

1 – prótese parcial fixa;

2 – mais de uma prótese parcial fixa;

3 – prótese parcial removível;

4 – tanto próteses parciais fixas quanto removíveis;

5 – prótese total removível

### PRESENÇA DE LESÃO DE TECIDOS MOLES:

0 – ( ) Ausência

1 – ( ) Presença

Descrição da Lesão:\_\_\_\_\_