

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENVELHECIMENTO HUMANO

Hipotireoidismo e sua associação com depressão em idosos

Daniela Teixeira Borges

Passo Fundo

2013

Daniela Teixeira Borges

Hipotireoidismo e sua associação com depressão em idosos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Envelhecimento Humano.

Orientador:

Prof^a. Dr^a. Marilene Rodrigues Portella

Coorientador:

Prof. Dr. Adriano Pasqualotti

Passo Fundo

2013

CIP – Catalogação na Publicação

B732h Borges, Daniela Teixeira
 Hipotireoidismo e sua associação com depressão em
 idosos / Daniela Teixeira Borges. – 2013.
 53 f. ; 30 cm.

 Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) –
 Universidade de Passo Fundo, 2013.
 Orientador: Prof^a. Dr^a. Marilene Rodrigues Portella.
 Coorientador: Prof. Dr. Adriano Pasqualotti.

 1. Hipotireoidismo. 2. Qualidade de vida - Santa Cruz do
 Sul (RS). 3. Depressão em idosos. 4. Envelhecimento. I.
 Portella, Marilene Rodrigues, orientador. II. Pasqualotti,
 Adriano, coorientador. III. Título.

 CDU: 613.98

ATA DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO DE Mestrado DA ALUNA


DANIELA TEIXEIRA BORGES

Aos vinte e um dias do mês de dezembro do ano dois mil e doze às nove horas, realizou-se, na Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, a sessão pública de defesa da Dissertação: **“Prevalência de disfunções de tireoide e sua associação com depressão em idosos”**, apresentada pela mestranda Daniela Teixeira Borges, que concluiu os créditos exigidos para a obtenção do título de Mestre em Envelhecimento Humano. Segundo os encaminhamentos do Conselho de Pós-Graduação (CPG) do Mestrado em Envelhecimento Humano e dos registros existentes nos arquivos da Secretaria do Programa, a aluna preencheu todos os requisitos necessários para a defesa. A banca foi composta pelos professores doutores Marilene Rodrigues Portella - orientadora e presidente da banca examinadora (UPF), Adriano Pasqualotti, Marlene Doring e Ana Maria Bellani Migott. Após a apresentação e a arguição da dissertação, a banca examinadora considerou a candidata **APROVADA**, em conformidade com o disposto na Resolução Consun Nº 07/2010.

A banca recomenda a consideração dos pareceres, a realização dos ajustes sugeridos e a divulgação do trabalho em eventos científicos e em publicações.

Encerrados os trabalhos de defesa e proclamados os resultados, eu, Prof^a. Dr^a. Marilene Rodrigues Portella, presidente, dou por encerrada a sessão pela banca.

Passo Fundo, 21 de dezembro de 2012.


Prof^a. Dr^a. Marilene Rodrigues Portella
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora


Prof. Dr. Adriano Pasqualotti
Coorientador


Prof^a. Dr^a. Marlene Doring
Universidade de Passo Fundo – UPF


Prof^a. Dr^a. Ana Maria Bellani Migott
Universidade de Passo Fundo – UPF

ADENDO DE ATA

Atendendo a solicitação de correção do título original da dissertação da aluna **Daniela Teixeira Borges**, onde consta “**Prevalência de disfunções de tireoide e sua associação com depressão em idosos**” passa a ter o seguinte título “**Hipotireoidismo e sua associação com depressão em idosos**”. Sendo este último que consta na versão ora enviada para homologação.

Passo Fundo, 6 de novembro de 2013.



Prof.ª. Dr.ª. Marilene Rodrigues Portella
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação

DEDICATÓRIA

Aos meus pais e aos meus irmãos, maiores incentivadores desse percurso e de minha conclusão dessa etapa, tão importante em minha vida. Vocês são minha fortaleza.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por permitir esse percurso e sua conclusão, e mostrar que a determinação é essencial em todos os momentos. E, por fazer cruzarem em meu caminho as pessoas certas nas horas mais oportunas.

A minha família, imprescindível em todos os momentos, e que foi essencial e determinante, tanto para a decisão do início dessa trajetória, quanto para a conclusão dessa etapa. Obrigada por compreenderem os períodos de minha ausência.

A minha orientadora, pelo incentivo e pelas discussões. Você se tornou, mesmo à distância, uma amiga, e a figura de minhas lembranças mais constantes, durante o andamento do projeto.

Ao meu coorientador, sua contribuição metodológica foi fundamental para a criação e para a conclusão dessa etapa.

Aos Professores Doutores Marlene Döring e Fernando Fornari pelas contribuições.

A Secretaria de Saúde do município de Santa Cruz do Sul, RS e ao Secretário de Saúde, Edson Rabuske, por acreditar em meu projeto e viabilizar a logística de sua execução.

Aos acadêmicos da Liga de Medicina de Família e Comunidade da Universidade de Santa Cruz do Sul, que foram incansáveis no auxílio para a execução do projeto.

Aos pacientes e à equipe da Estratégia de Saúde da Família do bairro Pedreira, que aceitaram a participação na pesquisa e que muito contribuiu para a conclusão desse trabalho.

A todos que aqui não foram citados, mas que, de algum modo, ao partilhar de minha jornada, contribuíram para que tudo se fizesse da melhor forma.

RESUMO

Borges, Daniela Teixeira. Hipotireoidismo e sua associação com depressão em idosos. 2013. 53 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2013.

Objetivo: Identificar a prevalência de hipotireoidismo em idosos atendidos em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Santa Cruz do Sul/RS. Verificar sua associação e correlação com a depressão em idosos e que fatores sócio-demográficos e que comorbidades encontram-se associados a essas moléstias. **Método:** Estudo transversal com 57 idosos da área de uma ESF de Santa Cruz do Sul/RS aplicando questionário estruturado contendo questões sócio-demográficas, Mini-Mental e GDS-15 e coleta de TSH e T4 Livre. **Resultados:** 49,1% do sexo masculino, idade média de 67,7 anos, 61,4% casados, mediana de anos de estudo de 4 anos, 89,5% com convivência semanal familiar, apenas 6% moram sozinhos, média de número de filhos de 3,52 (DP: 2,22); mediana de 30 anos de tempo de moradia no mesmo endereço (DP: 15,31); 93% utilizam exclusivamente o SUS; 82,5% utilizam medicamentos continuamente; média de TSH de 2,81; valores mínimo e máximo de T4 livre de 0,89 e 9,88 respectivamente. Os resultados mostraram uma prevalência de hipotireoidismo de 17,5%, todos subclínico, a prevalência de depressão foi de 28,1%, desses, 26,3% com diagnóstico de depressão leve a moderada e 1,8% com depressão severa. **Discussão e Conclusões:** esses idosos necessitam de intervenções multidisciplinares e integrais visando reduzir os fatores associados e melhora da qualidade de vida dessas pessoas.

Palavras-chave: 1. Hipotireoidismo. 2. Depressão. 3. Idoso. 4. GDS-15. 5. Envelhecimento.

ABSTRACT

Borges, Daniela Teixeira. Hipotireoidismo e sua associação com depressão em idosos. 2013. 53 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2013.

Objective: To identify the prevalence of hypothyroidism in the elderly attended by the Family Health Strategy (FHS) of Santa Cruz do Sul/RS. Verify what is your association and correlation with depression in the elderly and socio-demographic factors and comorbidities are associated with these diseases. **Methods:** transversal study with 57 elderly who live in the area registered in the FHS in Santa Cruz do Sul/RS. Data were collected through a structural questionnaire, Mini-Mental and Geriatric Depression Scale GDS-15. **Results:** 49.1% are male, mean age of 67.7 years, 61.4% married, median years of education 4 years, 89.5% with weekly family living, only 6% live alone, number of child 3.52 (DP: 2.22); median living in the same address 30 years (DP: 15.31); 93% use exclusively SUS; 82.5% use medicines continuously; TSH average of 2.81; minimum and maximum values of F-T4 of 0.89 and 9.88 respectively. The results showed that the prevalence of hypothyroidisms in the in the elderly in the studied was of 17,5%, all of these are subclinical; the depression prevalence was 28,1%, from which 26,3% were diagnosed with mild to moderate depression, and 1,8% with severe depression. **Discussion and Conclusions:** These elderly need of integral and multidisciplinary interventions aiming at the reduction of the associated factors and at the qualification of their lives.

Key words: 1. Hypothiroidism. 2. Depression. 3. Elderly. 4. GDS-15. 5. Aging.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Teste de Mann-Whitney do cruzamento da variável “sexo” em relação às variáveis “número de medicamentos”, “Mini-Mental”, “dosagem de TSH” e “dosagem de T4-livre.....	28
Tabela 2 - Teste de Qui-quadrado realizado a partir do cruzamento das variáveis “sexo” e “diagnóstico de depressão”.....	29
Tabela 3 - Correlação da variável “idade” aplicando Teste de Spearman.....	30

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	PRODUÇÃO CIENTÍFICA I: HIPOTIREOIDISMO E SUA ASSOCIAÇÃO COM DEPRESSÃO EM IDOSOS	16
2.1	<i>Introdução</i>	16
2.2	<i>Método</i>	22
2.3	<i>Resultados</i>	25
2.4	<i>Discussão</i>	31
2.5	<i>Conclusões</i>	37
2.6	<i>Referências</i>	39
3	CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
	REFERÊNCIAS	44
	ANEXOS	47
Anexo A.	<i>Parecer Comitê de Ética</i>	48
	APÊNDICES	50
Apêndice A.	<i>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i>	51

1 INTRODUÇÃO

Um dos fatos mais marcante para as sociedades atuais é o processo de envelhecimento populacional observado em todos os continentes. O aumento do número de idosos, tanto proporcional quanto absoluto, está a impor mudanças profundas nos modos de pensar e viver a velhice na sociedade (BRASIL, 2010).

Nesse contexto, a saúde aparece como elemento central por exercer forte impacto sobre a qualidade de vida. Os estigmas negativos, normalmente associados ao processo de envelhecimento, têm como um de seus pilares o declínio biológico, ocasionalmente acompanhado de doenças e dificuldades funcionais com o avançar da idade. As representações sociais construídas em torno da velhice estão fortemente associadas à doença e à dependência, aceitas como características normais e inevitáveis desta fase (BRASIL, 2010).

A tireoide desempenha um papel importante na relação entre o sistema endócrino e o envelhecimento. Inicialmente, os sintomas de hipotireoidismo podem ser confundidos com sintomas normais da senescência. A população idosa apresenta aumento na prevalência de doenças tireoidianas, no entanto, com manifestações clínicas específicas nessa faixa etária (FREITAS et al., 2006).

Uma adequada função da tireoide é essencial para o desenvolvimento normal e para a função cognitiva em todo o percurso da vida. Há definitivamente, uma associação entre os hormônios da tireoide e a cognição. Um funcionamento diminuído das funções da tireoide, em qualquer idade causa alterações cognitivas, pois os hormônios tireoidianos regulam o processo de consumo de glicose pelo cérebro, o que se traduz em energia para o seu correto funcionamento, necessário para a produção e condução de neurotransmissores, fixação da memória entre outros processos cerebrais (B'EGIN et al., 2008).

Doença da tireoide é uma das condições médicas que mais comumente causa ou exacerba depressão e pode ser um fator de risco modificável para episódio depressivo. O diagnóstico diferencial entre hipotireoidismo e depressão é complicado, pois sintomas depressivos são comuns a ambos. Por exemplo, humor deprimido, apatia, labilidade emocional, perda de peso, redução do apetite, hipersonia, fadiga, diminuição de concentração e de memória, são sintomas que podem estar presentes tanto na depressão quanto no hipotireoidismo (DAVIS; TREMONT, 2007).

Dentre os diversos transtornos neuropsiquiátricos que afetam os idosos, a depressão merece especial atenção, uma vez que apresenta frequência elevada e consequências negativas para a qualidade de vida dos indivíduos acometidos (GAZALLE et al., 2004).

A depressão é uma condição médica comum, crônica e recorrente, frequentemente associada à limitação funcional e ao comprometimento da saúde, ocorrendo, muitas vezes, limitação do bem-estar, o que compromete sua qualidade de vida. É uma morbidade de difícil mensuração, especialmente em estudos epidemiológicos, porque os sintomas traduzem diferentes tipos de sentimento, que variam bastante em intensidade e entre os idosos pela existência de um entendimento errôneo de que os sinais desta seriam naturais na velhice.

As causas de depressão podem variar desde fatores psicossociais, como condições adversas que podem influenciar o início e a persistência dos episódios depressivos, fatores genéticos e biológicos. Na velhice é frequentemente atribuída a acontecimentos estressantes e negativos. Neste sentido, tem-se buscado identificar as condições que estariam associadas à depressão, não só as causas, mas também os fatores de proteção (ROSA, 2007).

O estudo, compilado no artigo a seguir, tem o objetivo de identificar a prevalência de hipotireoidismo em idosos atendidos em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Santa Cruz do Sul/RS. Verificar sua associação e correlação com a depressão em idosos

e que fatores sócio-demográficos e que comorbidades encontram-se associados a essas moléstias. O trabalho traz contribuições epidemiológicas e para o entendimento do comportamento dos distúrbios da tireoide e do transtorno depressivo, na população idosa, acompanhada pela Estratégia Saúde da Família e também demonstra características sócio-demográficas e comorbidades que acompanham essas moléstias, a fim de que haja aprimoramento das intervenções sobre essas patologias na Atenção Primária e na Saúde Coletiva.

2 PRODUÇÃO CIENTÍFICA I: HIPOTIREOIDISMO E SUA ASSOCIAÇÃO COM DEPRESSÃO EM IDOSOS

RESUMO: Objetivo: Identificar qual a prevalência de hipotireoidismo em idosos atendidos em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Santa Cruz do Sul/RS. Qual sua associação e correlação com a depressão em idosos e que fatores sócio-demográficos e que comorbidades encontram-se associados a essas moléstias. **Método:** Estudo transversal com 57 idosos da área de uma ESF de Santa Cruz do Sul/RS aplicando questionário estruturado contendo questões sócio-demográficas, Mini-Mental e GDS-15 e coleta de TSH e T4 Livre. **Resultados:** 49,1% do sexo masculino, idade média de 67,7 anos, 61,4% casados, mediana de anos de estudo de 4 anos, 89,5% com convivência semanal familiar, apenas 6% moram sozinhos, média de número de filhos de 3,52 (DP: 2,22); mediana de 30 anos de tempo de moradia no mesmo endereço (DP: 15,31); 93% utilizam exclusivamente o SUS; 82,5% utilizam medicamentos continuamente; média de TSH de 2,81; valores mínimo e máximo de T4 livre de 0,89 e 9,88 respectivamente. Os resultados mostraram uma prevalência de hipotireoidismo de 17,5%, todos subclínico, a prevalência de depressão foi de 28,1%, desses, 26,3% com diagnóstico de depressão leve a moderada e 1,8% com depressão severa. **Conclusões:** esses idosos necessitam de intervenções multidisciplinares e integrais visando reduzir os fatores associados e melhora da qualidade de vida dessas pessoas.

ABSTRACT: Objective: To identify the prevalence of hypothyroidism in the elderly attended by the Family Health Strategy (FHS) of Santa Cruz do Sul/RS. What is your association and correlation with depression in the elderly and socio-demographic factors and comorbidities are associated with these diseases. **Methods:** Transversal study with 57 elderly who live in the area registered in the FHS in Santa Cruz do Sul/RS. Data were collected through a structural questionnaire, Mini-Mental and Geriatric Depression Scale GDS-15. **Results:** 49.1% are male, mean age of 67.7 years, 61.4% married, median years of education 4 years, 89.5% with weekly family living, only 6% live alone, number of child 3.52 (DP: 2.22); median living in the same address 30 years (DP: 15.31); 93% use exclusively SUS; 82.5% use medicines continuously; TSH average of 2.81; minimum and maximum values of F-T4 of 0.89 and 9.88 respectively. The results showed that the prevalence of hypothyroidisms in the in the elderly in the studied was of 17.5%, all of these are subclinical; the depression prevalence was 28.1%, from which 26.3% were diagnosed with mild to moderate depression, and 1.8% with severe depression. **Conclusions:** These elderly need of integral and multidisciplinary interventions aiming at the reduction of the associated factors and at the qualification of their lives.

2.1 Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno natural, irreversível e mundial. A população idosa brasileira tem crescido de forma rápida e em termos proporcionais. Dentro desse grupo, os denominados “mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada” (acima de 80 anos), também vêm aumentando proporcionalmente e de maneira

mais acelerada, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos, sendo hoje mais de 12% da população idosa. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), atualmente existem no Brasil, aproximadamente, 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que representa pelo menos 10% da população brasileira. Segundo projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS), no período de 1950 a 2025, o grupo de idosos no país deverá ter aumentado em quinze vezes, enquanto a população total em cinco. Assim, o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando, em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2010).

Os principais determinantes dessa acelerada transição demográfica no Brasil são a redução expressiva na taxa de fecundidade, associada a forte redução da taxa de mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida. Estima-se que, em 2025, o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Em 2050, as crianças de 0 a 14 anos representarão 13,2%, ao passo que a população idosa alcançará os 22,7% da população total. Assim, o Brasil caminha rapidamente para um perfil demográfico mais envelhecido, caracterizado por uma transição epidemiológica, onde as doenças crônico-degenerativas ocupam lugar de destaque. O incremento das doenças crônicas implicará a necessidade de adequações das políticas sociais, particularmente aquelas voltadas para atender as crescentes demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social (MORAES, 2012).

Observa-se um significativo acréscimo na incidência e na prevalência de distúrbios de tireoide na população de idosos. No entanto, a apresentação de desordens de tireoide nos idosos manifesta-se, frequentemente, de modo atípico nessa faixa etária, e as comorbidades na população de velhos influencia a escolha do tratamento. Esses distúrbios podem passar despercebidos ou serem confundidos com outras doenças até mesmo atribuídos a processos naturais da idade. Embora ainda haja controvérsias quanto à necessidade de tratamento em muitos casos (HABRA; SARLIS, 2005).

Em especial, a expressão do hipotireoidismo subclínico, que consiste no aumento do TSH, mantendo normais as frações livres dos hormônios da tireoide, a despeito da denominação de fenômeno subclínico, pode expressar-se na forma de sinais e sintomas mais comumente de origem neuropsiquiátrica e muscular. Evidências demonstram que há um aumento da prevalência de sintomas como depressão e ansiedade nos pacientes acometidos por hipotireoidismo subclínico e que em alguns casos há necessidade de introdução de terapia específica (ALMEIDA et al., 2007).

Além disso, estudos epidemiológicos em saúde mental no continente latino-americano vêm, nos últimos anos, despertando maior interesse de pesquisadores, e este fato se traduz pela ampliação da produção na área. Alguns grupos etários, devido à importante prevalência dos distúrbios mentais e suas características e particularidades, incorporam, cada vez mais, maior número de investigações e interesse acadêmico. Os idosos se enquadram nesta referência, possivelmente pelo reconhecimento de sua importância no campo de intervenção da saúde pública e talvez devido à necessidade de estudos que indiquem com maior acuidade as estimativas de prevalência das doenças mentais e em particular da depressão (VERAS; COUTINHO, 1991).

Observa-se na prática clínica que muitas pessoas não apenas na faixa etária acima dos 60 anos, convivem com sintomas depressivos. Sabe-se também que, particularmente na população idosa, os quadros depressivos têm características clínicas e causas peculiares e que essa diferença na apresentação dos quadros de depressão dos idosos sugere uma menor prevalência de transtornos depressivos em idosos. Em muitos dos ambulatórios da Estratégia Saúde da Família¹, a população idosa vem crescendo

¹ A Estratégia de Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de

gradativamente, como reflexo do aumento dessa faixa etária nos últimos anos, conforme dados já demonstrados pelo próprio IBGE, seguindo uma tendência que se verifica em todo o país. E o desconhecimento desta realidade epidemiológica dificulta o planejamento de ações direcionadas ao tratamento e a prevenção dessas patologias, acarretando perda de qualidade de vida e mesmo anos de vida útil e produtiva na terceira idade, necessitando que haja estudos de identificação dessa população para que medidas sejam tomadas na tentativa de elaboração de projetos e ações que visem atender de modo adequado tal população.

Há uma vasta literatura relacionando a disfunção da tireoide com sintomas neuropsiquiátricos. Estudos clínicos procuram esclarecer essa relação entre sintomas neuropsiquiátricos em pacientes com distúrbios da tireoide (DENICOFF et al., 1990). Embora depressão e hipotireoidismo sejam mais prevalentes na população com mais de 60 anos, os clínicos raramente apresentam consciência do diagnóstico dessa associação, particularmente quando os sintomas não são evidentes como em distúrbios leves da tireoide. A relação entre comportamento depressivo e hipotireoidismo tem sido sugerida por vários estudos e frequentemente tem sido aludido que o hipotireoidismo subclínico pode ser o maior fator de risco para distúrbio depressivo maior. Há, ainda, uma clara evidência que tireoidite autoimune é encontrada mais comumente em pacientes depressivos (CHUEIRE et al., 2003).

promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS. A estratégia de Saúde da Família é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. A velocidade de expansão da Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. Iniciado em 1994, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 30 dez. 2009.

Alterações da função da tireoide ocorrem em qualquer idade. A taxa total estimada de hipotireoidismo subclínico na população em geral é de 5 a 10% e aumenta com o avançar da idade, principalmente em mulheres. Por exemplo, a prevalência de hipotireoidismo em mulheres com 60 anos ou mais é em torno de 20%. Ainda, a elevação de TSH na presença de anticorpos anti-tireoperoxidase (anti-TPO) é mais comum em idosos, com uma taxa estimada de 15 a 20% num grupo de indivíduos não selecionados (DAVIS et al., 2003).

Os efeitos do hipotireoidismo subclínico na cognição e no humor estão bem estabelecidos, sendo esse distúrbio considerado a causa mais comum de demência reversível. Há uma crescente evidência que sugere que o hipotireoidismo subclínico pode ser um fator predisponente para depressão, alterações cognitivas e demência em idosos. Essa desordem da tireoide é mais prevalente em idosos, particularmente em mulheres (DAVIS et al., 2003).

Do mesmo modo, a depressão atinge de 2-5% dos homens e de 5-9% das mulheres, numa proporção de 1:2. Em idosos, corresponde a 50% das internações psiquiátricas de emergência, podendo afetar 15% da população idosa acima de 65 anos. Na população em geral a prevalência varia entre 3-11%, sendo um problema de saúde pública. No Brasil, um estudo multicêntrico mostrou variação entre diferentes regiões, de 3% em São Paulo e Brasília a 11% em Porto Alegre. Na Atenção Primária a mediana da prevalência em alguns países pode atingir mais de 10%. Almeida e Almeida (1999) demonstraram recentemente que as versões brasileiras da GDS-15 e GDS-10 oferecem boa acurácia para o diagnóstico de episódio depressivo maior de acordo com os critérios da CID-10 e DSM-IV (DUNCAN et al., 2006).

A depressão é uma condição de saúde comum, crônica e recorrente, frequentemente associada à limitação funcional e ao comprometimento da saúde, ocorrendo ainda, muitas vezes, limitação do bem-estar, o que compromete sua qualidade de vida. É uma morbidade de difícil mensuração, especialmente em estudos

epidemiológicos, porque os sintomas traduzem diferentes tipos de sentimento, que variam bastante em intensidade e entre os idosos pela existência de um entendimento errôneo de que os sinais desta seriam naturais na velhice. As causas de depressão podem variar desde fatores psicossociais, como condições adversas que podem influenciar o início e a persistência dos episódios depressivos, fatores genéticos e biológicos. Na velhice é frequentemente atribuída a acontecimentos estressantes e negativos. Neste sentido, tem-se buscado identificar as condições que estariam associadas à depressão, não só as causas, mas também os fatores de proteção (ROSA, 2007).

Assim, o conhecimento do comportamento, da prevalência e da associação destas patologias nos idosos atendidos pela rede de Atenção Primária pode nortear a criação de políticas e programas municipais para o atendimento adequado dessa faixa etária, estimulando a melhoria da qualidade de vida e atuando na prevenção da doença. É fundamental, portanto, que os profissionais de saúde tenham familiaridade com as características do hipotireoidismo associados à depressão no idoso e estejam preparados para investigar a presença de sintomas depressivos entre aqueles em contato com eles. Nesse sentido, o uso sistemático de escalas de depressão pode facilitar a detecção desses casos na prática clínica.

A Escala de Depressão em Geriatria (“Geriatric Depression Scale” — GDS) é um dos instrumentos mais frequentemente utilizados para a detecção de depressão no idoso. Diversos estudos já demonstraram que a GDS oferece medidas válidas e confiáveis para a avaliação de transtornos depressivos (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999; CASTELO, 2004; CRAEN et al., 2003; FOUNTOULAKIS et al., 1999; NYUNT et al., 2009). Além disso, versões reduzidas da GDS com 1, 4, 10, 15, e 20 questões (em contraste com as 30 questões da versão original) vêm sendo utilizadas de forma cada vez mais frequente. O uso dessas versões reduzidas na prática clínica é ainda mais atraente, já que o tempo gasto com sua aplicação pode ser substancialmente reduzido (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999). Além disso, demonstrou-se que o diagnóstico de depressão utilizando a Escala GDS-15 tem sensibilidade de 81% e especificidade de 71% (PARADELA et al., 2005).

Dessa forma o trabalho trará contribuições epidemiológicas e para o entendimento do comportamento do hipotireoidismo e do transtorno depressivo, na população idosa, acompanhada pela Estratégia Saúde da Família e também demonstrará características sócio-demográficas e comorbidades que acompanham essas moléstias, a fim de que se possam adotar medidas eficazes e eficientes que contribuam para a melhoria da qualidade de vida dessa população e para o aprimoramento das intervenções sobre essas patologias na Atenção Primária e na Saúde Coletiva. Diante desta situação, questiona-se: qual a prevalência de hipotireoidismo em idosos? Qual sua associação e correlação com a depressão em idosos? Que fatores sócio-demográficos e que comorbidades encontram-se associados a essas moléstias?

2.2 *Método*

Realizou-se estudo transversal aplicando questionário estruturado, contendo questões sóciodemográficas, o Mini Exame do Estado Mental (Mini-Mental) e a Escala de Depressão Geriátrica (GDS – 15). Realizou-se a dosagem sérica da tiroxina livre (T4 L) e do hormônio estimulante da tireoide (TSH).

Foram avaliados pacientes idosos do bairro Pedreira, no município de Santa Cruz do Sul/RS, Brasil, residentes na área de cobertura da Estratégia de Saúde da Família do referido bairro. Estavam cadastrados na área de abrangência da referida estratégia, no momento do início da coleta de dados, 3523 pacientes, sendo 391 idosos, de acordo com os dados do SIAB² de Julho de 2011.

² Sistema de Informação da Atenção Básica foi implantado em 1998, em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - SIPACS, pela então Coordenação da Saúde da Comunidade/Secretaria de Assistência à Saúde, hoje Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde, em conjunto com o Departamento de

A coleta de dados foi realizada no período de Fevereiro a Setembro de 2012, por meio de visitas domiciliares aos pacientes cadastrados, previamente randomizados para receberem a entrevista. Foram alocados, de acordo com o cálculo de tamanho da amostra, inicialmente, 180 idosos. Desses, apenas 57 indivíduos idosos³ fizeram parte do estudo. Os demais foram eliminados do estudo, de acordo com as variáveis de exclusão. Os 57 indivíduos alocados no estudo passaram por anamnese e foram questionados quanto a dados sócio-demográficos. Ainda, responderam ao Mini-Mental e ao GDS-15, após explicação e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram considerados critérios de exclusão os pacientes com alteração do nível de consciência, alterações cognitivas, de acordo com o Mini Exame do Estado Mental (Mini-Mental). Além disso, foram excluídos pacientes que se recusaram, por qualquer motivo a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou a responder as questões da entrevista. Foram excluídos também aqueles pacientes que não residiam mais no endereço

Informação e Informática do SUS/Datasus/SE, para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes do Programa Saúde da Família - PSF. O SIAB foi desenvolvido como instrumento gerencial dos Sistemas Locais de Saúde e incorporou em sua formulação conceitos como território, problema e responsabilidade sanitária, completamente inserido no contexto de reorganização do SUS no país, o que fez com que assumisse características distintas dos demais sistemas existentes. Tais características significaram avanços concretos no campo da informação em saúde. Dentre elas, destacamos: micro-espacialização de problemas de saúde e de avaliação de intervenções; utilização mais ágil e oportuna da informação; produção de indicadores capazes de cobrir todo o ciclo de organização das ações de saúde a partir da identificação de problemas; consolidação progressiva da informação, partindo de níveis menos agregados para mais agregados. Por meio do SIAB obtêm-se informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde, sendo o principal instrumento de monitoramento das ações da Saúde da Família. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=743>. Acesso em: 30 dez. 2009.

³ Definição de idoso segundo Lei nº 10.741 de 1º de Outubro de 2003, Brasil, Ministério da Saúde, Estatuto do Idoso.

do início do cadastramento, os que não coletaram a amostra de sangue, e aqueles que não tinham completado 60 anos em Fevereiro de 2012.

Este estudo, em observância às diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e do Código de Ética dos Profissionais de medicina foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo e recebeu parecer favorável para sua execução protocolo n. 014/2010.

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado pelo software *Sample Size*⁴ considerando uma população local de 3523 cadastrados na ESF, sendo 391 idosos, considerando um intervalo de confiança de 95%, uma margem de erro de 5% e uma perda de 4%, e considerando-se uma taxa de prevalência de distúrbios da tireoide em idosos de 20%.

Os dados foram analisados utilizando o programa estatístico SPSS versão 18.0, aplicando os testes de Mann-Whitney para comparação entre as variáveis mistas, Qui-quadrado para relacionar as variáveis categóricas, e o teste de Spearman para análise de correlação das variáveis quantitativas com distribuição normal. Foram considerados significativos testes cujo valor de $p \leq 0,05$.

Os pacientes foram convidados a realizar coleta de sangue em Laboratório de Análises Clínicas específico do município de Santa Cruz do Sul, credenciado pelo Sistema Único de Saúde para realização dos exames de T4 livre e TSH, após 12 horas de jejum.

⁴ Teste de simulação estatística para cálculo de amostra *on line* Sample Size Calculator da Raosoft®. Disponível em: <<http://www.raosoft.com/samplesize.html>>. Acesso em: 04 jan. 2010.

O TSH e o T4 livre foram coletados, para todos os pacientes, no mesmo laboratório. E foram medidos pela técnica de imunoenensaio de eletroquimioluminescência com sistema Cobas E 411 da Roche/Hitachi®. O TSH possui intervalo de medição de 0,005-100,0 µUI/mL, com coeficiente médio de variação intra-ensaio de 4,16%; o T4 livre tem um intervalo de medição de 0,300-100,0 pmol/L (0,023-7,77 ng/dL), com coeficiente médio de variação intra-ensaio de 2,06%; o anti-TPO possui um intervalo de medição de 5-600 UI/mL, com coeficiente médio de variação intra-ensaio e extra-ensaio de 4,56 e 13,56%, respectivamente.

O diagnóstico de hipotireoidismo foi considerado nos casos de pacientes com dosagem de TSH ≥ 10 µUI/dL. Nos indivíduos com TSH entre 4,5 e 10 µU/dL e com T4 livre normal foi considerada a presença de hipotireoidismo subclínico (SURKS *et al.*, 2004).

2.3 Resultados

Em relação às variáveis sócio-demográficas, dos 57 pacientes entrevistados, 49,1% são do sexo masculino, com idade média de 67,7 anos e um desvio padrão (DP) de 46,4 anos. Relativo ao estado civil, 61,4% referiu estar casado, 28,1% viúvo, 5,3% separado e 5,3% solteiro. Quanto à escolaridade, a mediana de anos de estudo foi de 4 anos, com um DP: 3,3.

Quando questionados sobre convivência semanal com familiares, 89,5% referiram ter esse hábito, 91,2% são aposentados. E, em relação à companhia de moradia, 47,4% referiram morar com o cônjuge, 40,4% moram com familiares e apenas 6% moram sozinhos. O número de filhos ficou em média 3,5 (DP: 2,2), com uma variância de 4,94. O tempo de moradia no mesmo endereço variou de dois até 72 anos, com mediana de 30 anos (DP: 15,3).

Quanto ao uso do Sistema Único de Saúde, apenas 7% disseram possuir outro convênio ou plano de saúde que não o sistema público.

Quanto à percepção de saúde, 59,6% consideram ser regular, 29,8% muito boa, 8,8% ruim e 1% muito ruim. Quando perguntados se estiveram acamados nas duas últimas semanas, apenas 7% responderam sim. Em relação à procura por atendimento médico nas duas últimas semanas, 61,4% nega ter procurado atendimento nesse período, 33,3% procurou e foi atendido, apenas 3,5% entrevistados procurou e não foi atendido.

Atinente ao número de consultas médicas no último ano, 1,8% referiu ter consultado três ou mais vezes, 66,7% duas e 17,5% uma consulta, 10,5% negam ter realizado consulta médica no último ano. Quanto às internações ocorridas nos últimos doze meses, 82,5% não internaram nenhuma vez, dos 17,5% que tiveram alguma internação, 10,5% internaram apenas uma vez e 7% internaram duas vezes, nenhum teve três ou mais internações.

Em relação a perdas familiares no último ano, 35,1% dizem ter perdido familiares ou ente próximo no último ano. Quanto à perda de filho em alguma época da vida 36,8% responderam que sim.

No tocante ao uso de medicamento, do total de idosos entrevistados 82,5% afirmam que utilizam medicamentos continuamente. Em relação ao grupo de medicamentos utilizados, 17,5% utiliza analgésicos, 24,6% antiinflamatórios, 7% faz uso regular de corticosteróides e 1,8% de antimicrobianos. Ainda, 7% referem utilizar antiarrítmicos, hormônios e protetor gástrico, 15,8% hipoglicemiantes, 28,1% utilizam diuréticos e 49,1% fazem uso regular de hipotensor.

Em relação à forma de obtenção dos medicamentos de uso regular, 61,4% utilizam medicamentos provenientes do Sistema Único de Saúde e 59,6% também necessitam utilizar recursos próprios para aquisição de seus medicamentos.

Em relação à pontuação, ao ser aplicado o Mini Exame do Estado Mental, a média é de 25,1, com pontuação mínima de 13 e máxima de 30 pontos (DP: 4,3). Quanto à depressão, 28,1% obtiveram diagnóstico de depressão ao aplicar-se a Escala Geriátrica de Depressão (GDS-15). Desses, 26,3% são classificados com diagnóstico de depressão leve a moderada e 1,8% com depressão severa.

Sobre a dosagem de TSH, a média encontrada foi de 2,8 μ UI/mL com mediana de 2,0 μ UI/mL (DP: 2,30). Os valores de TSH mínimo e máximo foram respectivamente de 0,03 e 8,9. O T4 livre variou de 0,890 a 9,880 pmol/L com uma média de 1,5 pmol/L e uma mediana de 1,2 pmol/L (DP: 1,4). Os valores mínimo e máximo de T4 livre forma de 0,89 e 9,88 respectivamente. A dosagem de anticorpo anti-TPO variou de 1 a 98 UI/mL (DP: 17,4) com média de 5,8 UI/mL.

A prevalência de hipotireoidismo foi de 17,5%, todos os pacientes com diagnóstico de hipotireoidismo subclínico, a prevalência de depressão foi de 28,1%, desses, 26,3% com diagnóstico de depressão leve a moderada e 1,8% com depressão severa, necessitando de intervenções multidisciplinares e integrais visando reduzir os fatores associados e qualificar a vida dessas pessoas.

A Tabela 1 apresenta o resultado do teste de Mann-Whitney realizado a partir do cruzamento da variável “sexo” com as variáveis “número de medicamentos”, “Mini-Mental”, “dosagem de TSH” e “dosagem de T4-Livre”.

Tabela 1 - Teste de Mann-Whitney do cruzamento da variável “sexo” em relação às variáveis “número de medicamentos”, “Mini-Mental”, “dosagem de TSH” e “dosagem de T4-livre.

	Sexo	N	Posto Médio <i>Mean Rank</i>	Soma dos Postos <i>Sum of Ranks</i>
Número de medicamento	Masculino	27	24,44	660,00
	Feminino	28	31,43	880,00
	Total	55		(p= 0.102)
MEEM	Masculino	27	28,07	758,00
	Feminino	29	28,90	838,00
	Total	56		(p=0,849)
Dosagem de TSH*	Masculino	20	24,98	499,50
	Feminino	19	14,76	280,50
	Total	39		(p=0,005)*
Dosagem de T4 livre	Masculino	20	17,05	341,00
	Feminino	19	23,11	439,00
	Total	39		(p=0,097)

* O cruzamento da variável “Sexo” em relação às outras variáveis foi significativo apenas para a “dosagem de TSH”.

Os resultados mostram ser significativos apenas para a variável “dosagem de TSH”, demonstrando uma maior dosagem de TSH nos pacientes homens em relação às mulheres. Quando cruzadas as variáveis “uso de medicamentos” e “diagnóstico de depressão”, com as variáveis “idade”, “Mini-Mental”, “dosagem de TSH” e “dosagem de T4-livre”, em nenhum dos cruzamentos houve resultados significativos.

De acordo com a Tabela 2, quando aplicado o Teste de qui-Quadrado, não houve significância no cruzamento da variável “sexo” em relação às variáveis “uso de medicamento” nem “diagnóstico de depressão”.

Tabela 2 - Teste de Qui-quadrado realizado a partir do cruzamento das variáveis “sexo” e “diagnóstico de depressão”.

		Sexo		Total
		Masculino	Feminino	
Diagnóstico de Depressão	Contagem	23	19	42
	% dentro de Indicativo de depressão	54,8%	45,2%	100,0%
	Resíduo padrão	,5	-,5	
	Residual ajustado	1,4	-1,4	
	Contagem	5	10	15
	% dentro de Indicativo de depressão	33,3%	66,7%	100,0%
	Resíduo padrão	-,9	,9	
	Residual ajustado	-1,4	1,4	
Total	Contagem	28	29	57
	% dentro de Indicativo de depressão	49,1%	50,9%	100,0%

Conforme descrito na Tabela 3, quando aplicado teste de Spearman para correlacionar a variável “idade” em relação a outras variáveis, evidenciou-se que quanto mais idosos os pacientes, menores eram os anos de estudo ($p = 0,002$).

Tabela 3 - Correlação da variável “idade” aplicando Teste de Spearman.

		Idade	Anos de estudo
Anos de estudo	Sig. (2 extremidades)	,002	.
	N	55	55
	Correlações de coeficiente	,048	,014
Número de medicamento	Sig. (2 extremidades)	,730	,918
	N	55	54
	Correlações de coeficiente	-,351**	,669**
MEEM	Sig. (2 extremidades)	,008	,000
	N	56	54
	Correlações de coeficiente	,086	,187
Dosagem de TSH	Sig. (2 extremidades)	,603	,262
	N	39	38
	Correlações de coeficiente	,123	-,151
Dosagem de T4 livre	Sig. (2 extremidades)	,456	,365
	N	39	38
	Correlações de coeficiente	-,114	,143
Dosagem de anti-TPO	Sig. (2 extremidades)	,490	,393
	N	39	38

Quando aplicado o teste de Spearman para a variável “número de medicamentos” não houve correlação significativa no cruzamento com as variáveis “idade”, “anos de estudo”, “Mini-mental”, “dosagem de TSH” e “dosagem de T4-livre”. A dosagem de TSH mostrou correlação indireta com dosagem de T4-livre, mesmo que todos os diagnósticos de hipotireoidismo tenham sido de hipotireoidismo subclínico, em que o T4-livre manteve-se dentro da normalidade ($p < 0,001$).

2.4 *Discussão*

No estudo de prevalência de depressão e fatores associados na Etiópia encontrada a partir da Pesquisa Nacional de Saúde, realizado por Hailemariam et al (2012), estudou-se 4990 adultos maiores de 18 anos. Dos 4925 que responderam à pesquisa, em relação às características sócio-demográficas que 84,9% da população era proveniente da área rural, apenas 15,1% moravam em área urbana, 45,7% estavam na faixa dos 18 a 30 anos, com média de idade de 36,1 anos; 51,6% eram mulheres, 68,0% declaram ser casados, 52,6% analfabetos e apenas 3,7 % tinha educação de nível superior. Dos entrevistados, 41,5% estavam desempregados. Apenas 7,2% tinham mais de 65 anos. De acordo com os critérios do CID-10, utilizados na pesquisa para o diagnóstico de depressão, 9,1% dos adultos preenchiam os critérios, enquanto 8,7% dos homens sofriam com episódios depressivos, a proporção entre as mulheres foi de 9,5%. Após o ajuste para possíveis variáveis de confundimento, mantiveram-se significativas para um aumento do risco para episódios depressivos o aumento da idade, ser divorciado ou viúvo, o número de doenças crônicas e o alcoolismo.

Chaaya et al. (2008), em seu estudo de validação da versão curta da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) para a versão árabe, utilizando 121 pacientes idosos na Atenção Primária encontrou uma boa confiabilidade (0.88) tanto para a aplicação por meio de entrevista, quanto na versão autoaplicável, para idosos atendidos na Atenção Primária, quando não há presença de diagnóstico demência.

Nyunt et al. (2009), com o objetivo de avaliar a validade da escala GDS-15 em um grupo de idosos de diferentes gêneros, faixa etária, variabilidade étnica, com diferentes comorbidades e que viviam tanto em comunidade quanto em instituições de longa permanência aplicou a escala em 4253 idosos que utilizavam regularmente diferentes serviços de saúde, encontrando uma sensibilidade de 97% e uma especificidade de 95% utilizando ponto de corte 4/5.

Almeida e Almeida (1999) em seu estudo de validação da versão curta da Escala Geriátrica de Depressão, com 15, 10 e 4 itens de acordo com os critérios do DSM-IV e da CID-10, entrevistaram 64 sujeitos com mais de 60 anos, dos quais 84,4% mulheres, todos com critério diagnóstico de depressão corrente ou em remissão, com média de idade de 67,45 anos, 39,1% casados e 12,5% analfabetos ou semi-analfabetos. Nesse estudo encontraram uma sensibilidade de 85,4% e especificidade de 90,9% quando utilizados como ponto de corte 5/6, estabelecendo que escores de 5 parecem indicar ausência de sintomas clínicos significativos de depressão, de 6 a 9 podem ser usados para diagnóstico de depressão leve a moderada e escores de 10 ou mais indicam episódio depressivo severo. Podendo a escala ser utilizada para monitorar mudanças no decorrer do tratamento.

Almeida e Almeida (1999) testaram a confiabilidade da GDS-15 versão brasileira para a prática clínica na detecção de depressão no idoso. Quando o ponto de corte utilizado é de 5/6 para não caso/caso demonstrou sensibilidade de 85,4% e especificidade de 73,9% para diagnóstico de episódio depressivo maior de acordo com a CID-10. Desse estudo em uma população de 64 idosos, todos com diagnóstico prévio de depressão de acordo com a CID-10 em que 51 aceitaram participar da pesquisa, encontraram uma idade média de 67,47 anos, 80,4% do sexo feminino, 41,2% casados, 56,8% com quatro anos ou menos de estudo, renda familiar média de R\$ 319,84. Considerando escores 1 para a resposta não às questões 1, 5, 7, 11 e 13 e escore 1 para a resposta sim às demais questões, observaram que embora a confiabilidade das respostas às questões isoladas seja baixa no re-teste, quando o escore é somado, tende a manter estabilidade no diagnóstico.

Rosa (2007) em sua tese de doutorado, em que estudou a depressão em 218 de um total de 242⁵ idosos do município de Barra Funda, RS utilizando o Inventário de Depressão de Beck, encontrou 89,4% deles declarando-se de origem étnica italiana, 96,3% residentes em moradia própria, 95,9% vivendo com familiar ou cônjuge, apenas 4,1% declararam morar sozinho. O número de filhos variou de 0 a 15 com média de 5,24 por idoso. 98% dos idosos declararam-se aposentados, mantendo atividade agrícola rural. Em relação à frequência dos achados, 59,4% são do gênero feminino, 67,9% com estado civil casado, 78,4% com escolaridade equivalente ao primeiro grau incompleto e a faixa etária predominante entre 60 e 69 anos (55,5%).

Em relação às variáveis referentes à saúde do idoso, 91% não possuíam plano de saúde. Quanto ao número de consultas médicas nas duas últimas semanas 51% referiram mais de duas e quanto às internações hospitalares nos últimos doze meses 84% negaram qualquer internação.

Ainda quanto à percepção da sua saúde, 57% dos idosos entrevistados consideraram ter saúde muito boa e 42% regular, apenas 1% considera sua saúde ruim. Embora o instrumento desse estudo não tenha sido o mesmo da presente pesquisa, a autora encontrou uma prevalência de 2,3% de depressão na população que avaliou.

Benedetti et al. (2008), utilizando o instrumento BOAS para diagnóstico de depressão em idosos do município de Florianópolis (SC), em que foram entrevistados 875 idosos, encontrou uma prevalência de 19,7%. Em relação às características da população a média de idade foi de 71,6 anos, 61,4% casados.

5 Representam 10% da população total do município

Considera que a taxa de depressão em idosos com 65 anos ou mais varia de 7 a 36% na população geral e pode aumentar para 40% em idosos hospitalizados. Essas taxas de depressão podem aumentar ainda mais quando acompanhadas de infarto agudo do miocárdio, doença arterial coronariana, câncer, doença de Parkinson ou doença de Alzheimer.

Assim os dados encontrados nesse estudo apresentam consistência em relação aos outros estudos já realizados, sendo que a prevalência de depressão encontrada foi de 21,2% aplicando a GDS-15.

Gazalle et al. (2004) em seu estudo experimental de base populacional com 583 idosos da zona urbana de Pelotas, RS, encontrou os seguintes resultados: nos cruzamentos simples entre cada variável independente e o desfecho, observou-se maiores médias de sintomas depressivos nos seguintes grupos: mulheres, maior idade, indivíduos de cor branca, sem companheiro(a) atual, menor escolaridade, menor nível social, sem trabalho remunerado sem participação em atividades comunitárias, com perda por morte de algum familiar ou pessoa importante no último ano e com baixa atividade física. Na análise multivariável (regressão linear múltipla) mantiveram-se associadas com o desfecho apenas as variáveis: sexo feminino ($p < 0,001$), idade avançada ($p = 0,004$), baixa escolaridade ($p = 0,007$), ausência de trabalho remunerado ($p = 0,05$) e morte de familiar ou pessoa muito importante no último ano ($p = 0,05$).

Gazalle et al. (2004) ao pesquisar sobre se os médicos estão investigando depressão em idosos, questionando aos idosos se na sua última consulta foi-lhe perguntado se sentia tristeza ou humor deprimido, observou que 76,6% dos idosos afirmaram que na última consulta o médico não perguntou se eles sentiam-se tristes ou deprimidos. Esta investigação mostra, de forma explícita, a falta de preocupação com a depressão entre os profissionais de saúde que lidam com os idosos. Apenas 1/4 dos idosos foi questionado sobre tristeza e depressão em sua última consulta. Isso mostra que os médicos podem estar negligenciando a depressão nesta população, por considerarem as

manifestações depressivas em idosos como decorrência natural do envelhecimento ou não terem conhecimento da magnitude desta doença nos dias de hoje e os graus de incapacidade e custo que esta morbidade causa para os idosos, suas famílias, sociedade e sistema de saúde.

Paradella et al. (2005) em seu estudo de validação da escala GDS 15 para sua aplicação em ambulatório geral, aplicou a escala em 302 indivíduos com 65 anos ou mais, encontrando o ponto de corte de melhor equilíbrio no ponto de corte 5/6 obtendo sensibilidade de 81% e especificidade de 71%. Quanto aos resultados encontrados: dos 302 indivíduos avaliados, 71,4% eram mulheres. A idade variou de 65 a 94 anos, com média em 73,1 e desvio-padrão 8,2. Quanto à escolaridade, 26,6% nunca freqüentaram a escola, a maioria (72%) estudou até quatro anos, e 3,2% estudaram mais de nove anos. Quanto ao estado civil, 35,4% eram casados ou viviam em união estável, e quase 60% não tinham um parceiro. Foram diagnosticados 51 casos (16,9%) na amostra, sendo 16 de depressão maior (5,3%) e 35 de distímia (11,6%). Não obstante o maior equilíbrio entre a sensibilidade e a especificidade encontrado no presente estudo no ponto de corte 6/7, optou-se por sugerir o ponto 5/6 como o mais adequado, privilegiando a sensibilidade a despeito de uma pequena perda de especificidade.

Ferrari e Dalacorte (2007) investigaram a prevalência de depressão em 50 idosos acima dos 60 anos, internados em um hospital terciário, utilizando a GDS-15 e consideraram um resultado de 5 ou mais pontos como diagnóstico de depressão, sendo que o escore igual ou maior que 11 caracterizou depressão grave. Dos 50 pacientes estudados, 32% eram masculinos e 68% femininos. A maioria dos participantes encontrava-se na faixa etária entre 70 e 79 anos (44%), seguida dos com 80 anos ou mais (40%), em relação ao estado civil, a maioria (66%) era separado, viúvo ou solteiro, apenas 34% eram casados, em relação à escolaridade, prevaleceu o intervalo de 1 a 3 anos de estudo (42%). Com relação ao diagnóstico de depressão 54% estavam sem depressão, 38% tinham depressão leve a moderada e apenas 8% tiveram diagnóstico de depressão grave.

Oliveira e Oliveira (2006) com o objetivo de verificar a prevalência de depressão em 118 idosos com 60 anos ou mais que frequentam centros de convivência, utilizando a GDS-15, encontrou predominância de mulheres (90%), sobre a idade, a maioria estava na faixa de 60 a 64 anos (31%). De acordo com os resultados da pontuação da Escala de Depressão Geriátrica, observou-se que 31% (n = 36) dos idosos tinham depressão, alcançando mais de cinco pontos no escore utilizado. Os 70% restantes não foram caracterizados como depressivos, tendo em vista que seu escore variou entre zero e cinco pontos. Entre os deprimidos, 26% foram caracterizados tendo depressão leve ou moderada (escore de 6 a 10 pontos) e 4% como portadores de depressão grave (escore de 11 pontos ou maior). Observou-se depressão leve ou moderada em: 50% dos idosos com 80 anos ou mais, 29% daqueles entre 75 e 79 anos, 25% entre 70 e 74 anos, 22% entre 60 e 64 anos e 20% entre 65 e 69 anos. Todos os indivíduos que apresentaram depressão grave estavam na faixa de 60 a 64 anos, representando 14% dos idosos nesta faixa etária. Assim sendo, o total de idosos deprimidos de 60 a 64 anos foi de 36%.

Borges e Dalmolin (2012) com o objetivo de verificar a prevalência de depressão em idosos da área de abrangência de uma Estratégia de Saúde da Família, encontrou, aplicando a GDS-15, uma prevalência de depressão de 21,2%. Desses, 17,9% com diagnóstico de depressão leve a moderada e 3,3% com depressão severa. Na análise univariada, apresentaram significância em relação ao diagnóstico de depressão, de acordo com a escala GDS 15, as variáveis: percepção de saúde, perda familiar, asma, ocorrência de fratura, insuficiência cardíaca, artrite, episódio depressivo referido pelo paciente, em curso ou em alguma época da vida ($p < 0,01$).

Benseñor et al. (2011) em sua pesquisa sobre transtorno de tireoide em idosos encontrou uma média de TSH para homens e mulheres respectivamente 2,9 (5,4) mIU/mL and 2,9 (5,3) mIU/ mL; medianas de 1,8 (1,1-2,9) mIU/mL em mulheres e 1,8 (1,1-3,0) mIU/mL em homens. Com valores mínimo e máximo respectivamente de 0,0 e 94,0mIU/mL em mulheres e de 0,0 a 99,9mIU/mL em homens. Os valores médios de T4 livre foram respectivamente para mulheres e homens 1,0 (0,2) ng/dL e 1,1 (0,7) ng/dL;

mediana de 1,8 (1,1-2,9) ng/dL sendo exatamente o mesmo resultado em homens e mulheres. Valores mínimos e máximos foram de 0,01ng/dL e 2,6ng/dL em mulheres e 0,0ng/dL e 99,9ng/dL em homens. Esse estudo observou uma proporção de hipotireoidismo subclínico de 6,5% (DP: 5,2-7,8) e quando levado em consideração o ajuste para o gênero, a prevalência foi de 6,1% (DP:4,1-8,2) desse diagnóstico em mulheres e de 6,7% (DP:5,0-8,4) em homens.

Em seu estudo sobre prevalência de diabetes e hipotireoidismo em uma comunidade Kibutz idosa, Flatau et al. (2000) que mensurou os níveis de TSH em 751 sujeitos (462 mulheres e 112 homens) diagnosticou hipotireoidismo em 112 sujeitos (14%) com uma razão de três mulheres para cada homem. A prevalência de hipotireoidismo em mulheres foi de 20% na faixa etária dos 65 a 74 anos e 13,5% nas mulheres acima de 85 anos. Sendo que o diagnóstico do hipotireoidismo subclínico foi realizado em 37 desses sujeitos.

Kritz-Silverstein et al. (2009) em sua coorte, estudo denominado “The Rancho Bernardo Study” estudou a associação do TSH com o humor deprimido através da dosagem de TSH e utilizando o Inventário de Beck, acompanhou 1141 pacientes entre 1999 e 2003, com idades entre 42 a 99 anos, desses 1110 (447 homens e 663 mulheres) indivíduos realizaram dosagem de TSH. Esse estudo que não há relação entre alterações de humor e dosagem de TSH.

2.5 Conclusões

O trabalho identificou uma prevalência de hipotireoidismo de 17,5%, sendo que todos os diagnósticos foram de hipotireoidismo subclínico, condição que nem sempre exige tratamento, mas, no idoso, muitas vezes acometidos de outras comorbidades, faz-se necessário estar atento a esse diagnóstico, pois muitas vezes pode causar hipossintomatologia, facilmente confundida com outras patologias comuns da idade ou mesmo ser confundida com o processo natural do envelhecimento.

Em relação à depressão, encontrou-se uma prevalência de depressão de 28,1%, desses, 26,3% com diagnóstico de depressão leve a moderada e 1,8% com depressão severa, necessitando de intervenções multidisciplinares e integrais visando reduzir os fatores associados e qualificar a vida dessas pessoas.

As comorbidades, especialmente o aparecimento de doenças crônicas, são capazes de produzir sintomatologia de hipotireoidismo ou depressão. Independentemente de a depressão ou o hipotireoidismo serem primários ou não, cabe observar a importância de intensificar o trabalho com o idoso que apresenta algum problema de saúde, a fim de manter ao máximo o controle destas doenças e a preservação da sua saúde mental.

É fundamental, portanto, que os profissionais de saúde, em especial a equipe de Saúde da Família, investiguem a presença de sintomas de hipotireoidismo e de depressão entre aqueles que estão sob a sua responsabilidade e desenvolvam ações integrais de saúde, criando condições para promover autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade, conforme preconiza a Política Nacional do Idoso. Além disso, a compreensão de que um único problema pode explicar todos os sinais e sintomas, não pode ser aplicado às pessoas idosas, pois essas costumam apresentar uma somatória de sinais e sintomas associada a fatores sociais, culturais e subjetivos que envolvem o cotidiano do envelhecimento.

Nesta direção, recomenda-se que estudos como este sejam realizados pelas Estratégias de Saúde da Família, compondo uma avaliação mais abrangente e qualificada da pessoa idosa na atenção primária. A facilidade de aplicação possibilita, em um curto espaço de tempo, obter indícios, por exemplo, de impacto da aposentadoria, luto, percepção de saúde, e a presença de sinais depressivos, todos abordáveis por meio de intervenções multidisciplinares e do gerenciamento dos recursos necessários.

2.6 Referências

ALMEIDA, C. et al. Hipotireoidismo subclínico: transtornos e sintomas psiquiátricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 157-159, 2007.

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) Versão Reduzida. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 57, n. 2-B, p. 421-426, 1999.

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. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 14, n. 10 p. 858-865, 15, out. 1999.

BENEDETTI, T. R. B. et al. **Atividade Física e Saúde Mental de Idosos**. Rev. Saúde Pública. v. 42 n. 2 p. 302-7, 2008.

BENSEÑOR, I. M. et al. Prevalence of thyroid disorders among older people: results from the São Paulo ageing & health study. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 155-161, 2011.

BORGES, D. T.; DALMOLIN, B. M. 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, v. 7, n. 23, p. 75-82, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, 2010.

CASTELO, M. S. **Depressão em idosos de uma comunidade assistida pela Estratégia de Saúde da Família**. 2004. Dissertação (Mestrado em Medicina Clínica) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004.

CHAYA, M. et al. Validation of the Arabic version of the short Geriatric Depression Scale (GDS-15). **Int. Psychogeriatr.**, v. 20, n. 3, p. 571-581, 2008.

CHUEIRE, V. B. et al. High serum TSH levels are associated with depression in the elderly. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 36, n. 3, p. 281-288, 2003.

CRAEN, A. J. M.; HEEREN, T. J.; GUSSEKLOO, J. Accuracy of the 15-item geriatric depression scale (GDS-15) in a community sample of the oldest old. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 18, n. 1, p. 63-66, 2003.

DAVIS, J. D.; STERN, R. A.; FLASHMAN, L. A. Cognitive and neuropsychiatric aspects of subclinical hypothyroidism: significance in the elderly. **Current Psychiatry Reports**, v. 5, p. 384-390, 2003.

DENICOFF, K. D. et al. Neuropsychiatric manifestations of altered thyroid state. **Am. J. Psychiatry**, v. 147, n. 1, p. 94-99, 1990.

DUNCAN, B. B. et al. **Clínica ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidência. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2006.

FERRARI, J. F.; DALACORTE; R. R. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. **Scientia Medica**, v. 17, n. 1, p. 3-8, 2007.

FLATAU, E. et al. Prevalence of hypothyroidism and diabetes mellitus in elderly kibbutz members. **European Journal of Epidemiology**, v. 16, n. 1, p. 43-46, 2000.

FOUNTOULAKIS, K.N. et al. **The validation of the short form of the geriatric depression scale (GDS) in Greece.** *Aging* (Milano). v. 11 n. 6 p. 367-72, 1999.

GAZALLE, F. K.; CURI HALLAL, P. C.; LIMA, M. S. Depressão na população idosa: os médicos estão investigando? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 145-149, 2004.

GAZALLE, F. K. et al. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 365-571, 2004.

HABRA, M.; SARLIS, N. J. Thyroid and Aging. **Reviews in Endocrine & Metabolic Disorders**, v. 6, p. 145-115, 2005.

HAILEMARIAM, S. et al. The prevalence of depression and associated factors in Ethiopia: findings from the National Health Survey. **Int. J. Ment. Health Syst.**, v. 25, n. p. 23, 2012.

KRITZ-SILVERSTEIN, D. et al. The association of thyroid stimulating hormone levels with cognitive function and depressed mood. **J. Nutr. Health. Aging**, v. 13, n. 4, p. 317–321, 2009.

MORAES, E.N. **Atenção à saúde do idoso**: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2012.

NYUNT, M. S. Z.; FONES, C.; MATHEW NITI, M.; NG, T. Criterion-based validity and reliability of the Geriatric Depression Screening Scale (GDS-15) in a large validation sample of community-living Asian older adults. **Aging & Mental Health**, v. 13, n. 3. p. 376-382, 2009.

OLIVEIRA, D. A. A. P.; GOMES, L.; OLIVEIRA, R. F. Prevalência de Depressão em Idosos que frequentam Centros de Convivência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4., p. 734-736, 2006.

PARADELA, E. M. P.; LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 918-923, 2005.

ROSA, P.V. **Estudo sobre os fatores associados à depressão em idosos da comunidade de Barra Funda - RS, Brasil**. 2007. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

VERAS, R.; COUTINHO, E.S.F. Estudo de prevalência de depressão e síndrome cerebral orgânica na população de idosos, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 209-217, 1991.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho identificou uma prevalência de hipotireoidismo de 17,5%, sendo que todos os diagnósticos foram de hipotireoidismo subclínico, condição que nem sempre exige tratamento, mas, no idoso, muitas vezes acometidos de outras comorbidades, faz-se necessário estar atento a esse diagnóstico, pois muitas vezes pode causar hipossintomatologia, facilmente confundida com outras patologias comuns da idade ou mesmo ser confundida com o processo natural do envelhecimento.

Em relação à depressão, encontrou-se uma prevalência de depressão de 28,1%, desses, 26,3% com diagnóstico de depressão leve a moderada e 1,8% com depressão severa, necessitando de intervenções multidisciplinares e integrais visando reduzir os fatores associados e qualificar a vida dessas pessoas.

As comorbidades, especialmente o aparecimento de doenças crônicas, são capazes de produzir sintomatologia de hipotireoidismo ou depressão. Independentemente de a depressão ou o hipotireoidismo serem primários ou não, cabe observar a importância de intensificar o trabalho com o idoso que apresenta algum problema de saúde, a fim de manter ao máximo o controle destas doenças e a preservação da sua saúde mental.

É fundamental, portanto, que os profissionais de saúde, em especial a equipe de Saúde da Família, investiguem a presença de sintomas de hipotireoidismo e de depressão entre aqueles que estão sob a sua responsabilidade e desenvolvam ações integrais de saúde, criando condições para promover autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade, conforme preconiza a Política Nacional do Idoso. Além disso, a compreensão de que um único problema pode explicar todos os sinais e sintomas, não pode ser aplicado às pessoas idosas, pois essas costumam apresentar uma somatória de sinais e sintomas associada a fatores sociais, culturais e subjetivos que envolvem o cotidiano do envelhecimento.

Nesta direção, recomenda-se que estudos como este sejam realizados pelas Estratégias de Saúde da Família, compondo uma avaliação mais abrangente e qualificada da pessoa idosa na atenção primária. A facilidade de aplicação possibilita, em um curto espaço de tempo, obter indícios, por exemplo, de impacto da aposentadoria, luto, percepção de saúde, e a presença de sinais depressivos, todos abordáveis por meio de intervenções multidisciplinares e do gerenciamento dos recursos necessários.

A realização desse estudo culminou com algumas modificações na atenção e no cuidado a essa população específica. Uma das melhorias foi a implantação do grupo de saúde do idoso, que ocorre quinzenalmente na agenda programática da ESF em que o estudo foi realizado. Além disso, o estudo proporcionou aos acadêmicos da Liga de Medicina de Família e Comunidade da Universidade de Santa Cruz do Sul a oportunidade do contato com a população idosa, o retorno desses resultados à população idosa, e a reflexão sobre a qualidade da prestação à saúde dessa população específica. E, por fim, extrapolando as fronteiras da ESF referida, o cuidado ao idoso ganhou uma dimensão maior de significação na vida dos acadêmicos que participaram do estudo, fazendo com que partisse deles a iniciativa para criação de um Ambulatório de Saúde da Família que priorizasse o atendimento multiprofissional aos idosos e seus familiares, que já participam do grupo de convivência no Sistema Integrado em Saúde da Universidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) Versão Reduzida. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 57, n. 2-B, p. 421-426, 1999.

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. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 14, n. 10 p. 858-865, 1999.

B'EGIN, M. E. B. et al. Thyroid function and cognition during aging. **Current Gerontology and Geriatrics Research**, v. 2008, p. 1-11, 2008.

BENEDETTI, T. R. B. et al. **Atividade Física e Saúde Mental de Idosos**. Rev. Saúde Pública. v. 42 n. 2 p. 302-7, 2008.

BENSEÑOR, I. M. et al. Prevalence of thyroid disorders among older people: results from the São Paulo ageing & health study. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 155-161, 2011.

BORGES, D. T.; DALMOLIN, B. M. 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, v. 7, n. 23, p. 75-82, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, 2010.

CASTELO, M. S. **Depressão em idosos de uma comunidade assistida pela Estratégia de Saúde da Família**. 2004. Dissertação (Mestrado em Medicina Clínica) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004.

CHAYA, M. et al. Validation of the Arabic version of the short Geriatric Depression Scale (GDS-15). **Int. Psychogeriatr.**, v. 20, n. 3, p. 571-581, 2008.

CHUEIRE, V. B. et al. High serum TSH levels are associated with depression in the elderly. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 36, n. 3, p. 281-288, 2003.

CRAEN, A. J. M.; HEEREN, T. J.; GUSSEKLOO, J. Accuracy of the 15-item geriatric depression scale (GDS-15) in a community sample of the oldest old. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 18, n. 1, p. 63-66, 2003.

DAVIS, J. D.; STERN, R. A.; FLASHMAN, L. A. Cognitive and neuropsychiatric aspects of subclinical hypothyroidism: significance in the elderly. **Current Psychiatry Reports**, v. 5, p. 384-390, 2003.

DENICOFF, K. D. et al. Neuropsychiatric manifestations of altered thyroid state. **Am. J. Psychiatry**, v. 147, n. 1, p. 94-99, 1990.

DUNCAN, B. B. et al. **Clínica ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidência. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2006.

FERRARI, J. F.; DALACORTE; R. R. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. **Scientia Medica**, v. 17, n. 1, p. 3-8, 2007.

FLATAU, E. et al. Prevalence of hypothyroidism and diabetes mellitus in elderly kibbutz members. **European Journal of Epidemiology**, v. 16, n. 1, p. 43-46, 2000.

FOUNTOULAKIS, K.N. et al. **The validation of the short form of the geriatric depression scale (GDS) in Greece**. *Ageing* (Milano). v. 11 n. 6 p. 367-72, 1999.

GAZALLE, F. K.; CURI HALLAL, P. C.; LIMA, M. S. Depressão na população idosa: os médicos estão investigando? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 145-149, 2004.

GAZALLE, F. K. et al. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 365-571, 2004.

HABRA, M.; SARLIS, N. J. Thyroid and Aging. **Reviews in Endocrine & Metabolic Disorders**, v. 6, p. 145-115, 2005.

HAILEMARIAM, S. et al. The prevalence of depression and associated factors in Ethiopia: findings from the National Health Survey. **Int. J. Ment. Health Syst.**, v. 25, n. p. 23, 2012.

KRITZ-SILVERSTEIN, D. et al. The association of thyroid stimulating hormone levels with cognitive function and depressed mood. **J. Nutr. Health. Aging**, v. 13, n. 4, p. 317–321, 2009.

MORAES, E.N. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2012.

NYUNT, M. S. Z.; FONES, C.; MATHEW NITI, M.; NG, T. Criterion-based validity and reliability of the Geriatric Depression Screening Scale (GDS-15) in a large validation sample of community-living Asian older adults. **Aging & Mental Health**, v. 13, n. 3. p. 376-382, 2009.

OLIVEIRA, D. A. A. P.; GOMES, L.; OLIVEIRA, R. F. Prevalência de Depressão em Idosos que frequentam Centros de Convivência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4., p. 734-736, 2006.

PARADELA, E. M. P.; LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 918-923, 2005.

ROSA, P.V. **Estudo sobre os fatores associados à depressão em idosos da comunidade de Barra Funda - RS, Brasil**. 2007. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

VERAS, R.; COUTINHO, E.S.F. Estudo de prevalência de depressão e síndrome cerebral orgânica na população de idosos, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 209-217, 1991.

ANEXOS

Anexo A. Parecer Comitê de Ética



UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER 014/2010

O Comitê de Ética em Pesquisa – UPF, em reunião no dia 20/01/10, analisou o projeto de pesquisa “Prevalência de disfunções de tireóide e sua associação com depressão em idosos”, CAAE nº 0031.0.000.398-10 de responsabilidade da pesquisadora Daniela Teixeira Borges.

O projeto tem como objetivo avaliar a prevalência de distúrbios de tireóide em idosos e sua associação com depressão. A pesquisadora fará um estudo transversal de base populacional envolvendo indivíduos que estiverem dentro da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família do bairro Planaltina no município de Passo Fundo-RS. Essa estratégia de saúde pública prevê o estudo de toda uma população dentro de uma área delimitada, previamente mapeada. Neste caso específico a área é composta de 2887 pacientes cadastrados, sendo 336 idosos, de acordo com dados do SIAB3 de dezembro 2009. Serão estudados 180 indivíduos idosos previamente randomizados que vierem à consulta na Estratégia de Saúde da Família ou que forem visitados em suas residências. Esses indivíduos passarão por anamnese e exame físico e serão questionados quanto a dados sócio-demográficos. Serão avaliados particularmente com relação ao exame de inspeção e palpação da tireóide, anotando-se volume, consistência e presença de sopros. Também, nessa ocasião será aplicada a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15). Os pacientes serão convidados a realizar coleta de sangue no Laboratório do Centro de Atendimento Integrado à Saúde (CAIS) de referência da Estratégia de Saúde da Família Planaltina para coleta de amostra de sangue após 12 horas de jejum, na qual será realizada dosagem de glicemia de jejum, colesterol total, HDL e LDL colesterol, triglicerídeos, TSH, T4 livre e anticorpo anti-TPO. As análises das amostras sanguíneas serão todas realizadas em um mesmo laboratório. Serão excluídos pacientes com alteração do nível de consciência, alterações cognitivas ou outras condições de saúde que os impeçam de responder aos questionamentos ou coletarem amostra de sangue. Da mesma forma, pacientes em uso de drogas que interfiram na função tireoidiana como tiamidas, carbonato de lítio, amiodarona e interferon.

Os direitos fundamentais dos participantes foram garantidos no projeto e no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado. O protocolo foi instruído e apresentado de maneira completa e adequada. Os compromissos da pesquisadora e das instituições envolvidas estavam presentes. O projeto foi considerado claro em seus aspectos éticos e metodológicos.

Diante do exposto, este Comitê, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa na forma como foi proposto.

A pesquisadora deverá apresentar relatório a este CEP ao final do estudo.

Situação: PROTOCOLO APROVADO

Passo Fundo, 22 de janeiro de 2010.

APÊNDICES

Apêndice A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa **Prevalência de Disfunções de Tireóide e sua Associação com Depressão em Idosos**. Você foi escolhido por ter 60 anos ou mais e morar na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

O objetivo desta pesquisa é verificar a prevalência de alterações na tireóide (bócio ou "papo") em pessoas de idade e sua associação com a depressão. Sua participação nesta pesquisa será responder a um questionário pré-estabelecido pelos pesquisadores e coletar uma amostra de sangue para verificação das taxas dos hormônios da tireóide, colesterol, glicemia e triglicerídeos.

Ao participar, os riscos para você são mínimos, que são aqueles que podem acontecer quando se tira sangue no laboratório: uma pequena dor no local da punção e às vezes uma mancha roxa nesta parte do braço.

Sua participação ajudará conhecer melhor se as alterações da tireóide podem causar depressão ou outras doenças. Caso o senhor apresente qualquer um dos problemas receberá o tratamento necessário pela Estratégia Saúde da Família. O objetivo final é que o senhor tenha uma melhor qualidade de vida e possam ser prevenidas doenças que lhe ofereçam risco.

Todas as informações obtidas são sigilosas e apenas o senhor e o seu médico terão acesso a elas. Desta forma sua participação não poderá ser identificada por outros. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, a qualquer momento.

MD. Daniela Teixeira Borges (Fone: 54 91485625)

Pesquisadora Responsável

Comitê de Ética em Pesquisa: Fone: 54 3316-8370. e-mail: cep@upf.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome: _____ Assinatura: _____



ppgEH

Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia - FEFF