



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO
DE MESQUITA FILHO”**

FACULDADE DE MEDICINA

Andréia Cristina Yauch

**INSTRUMENTOS PARA RASTREAMENTO FUNCIONAL E
DE ADESÃO AO TRATAMENTO PARA IDOSOS
DIABÉTICOS EM AMBULATÓRIO REFERENCIADO**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita
Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem – Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem – Mestrado Profissional.

Orientadora: Profa. Associada Silvia Cristina Mangini Bocchi
Coorientador: Prof. Dr. Guilherme Corrêa Barbosa

**Botucatu
2020**

Andréia Cristina Yauch

**INSTRUMENTOS PARA RASTREAMENTO FUNCIONAL E
DE ADESÃO AO TRATAMENTO PARA IDOSOS
DIABÉTICOS EM AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA**

**Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de
Botucatu, para obtenção do título de Mestre
em Enfermagem – Programa de Pós-
Graduação Curso Mestrado Profissional.**

**Orientadora: Profa. Associada Silvia Cristina Mangini Bocchi
Coorientador: Prof. Dr. Guilherme Corrêa Barbosa**

**Botucatu
2020**

Ficha catalográfica

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Yauch, Andréia Cristina.

Instrumentos para rastreamento funcional e de adesão ao tratamento para idosos diabéticos em ambulatório
referenciado / Andréia Cristina Yauch. - Botucatu, 2020

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Silvia Cristina Mangini Bocchi

Coorientador: Guilherme Corrêa Barrbosa

Capes: 40406008

1. Diabetes mellitus. 2. Idosos. 3. Depressão em idosos. 4. Adesão à medicação.

Palavras-chave: Adesão ao tratamento; Cooperação ; Depressão; Diabetes mellitus; Idoso.

FINANCIAMENTO

Pesquisa financiada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal e Nível Superior (CAPES, por meio do Acordo Capes/Cofen Edital nº 27/2016 – Apoio a Programas de Pós-graduação da Área de Enfermagem – Modalidade Mestrado Profissional, o qual contemplou, com recursos financeiros, o projeto “Tecnologias de apoio à sistematização da assistência de enfermagem: contribuições de curso de mestrado profissional da região centro-sul paulista”, do qual o presente estudo faz parte.

DEDICATÓRIA

À minha família, meu porto seguro, meu esposo Marcos Aurélio, minhas filhas Ana Luíza e Giovana, por estarem sempre ao meu lado e entenderem meu cansaço e ausência, vocês são a razão do meu viver.

A meus pais Ernesto (in memoriam), e minha mãe Cidinha, meus exemplos de vida, caráter e força que me incentivaram sempre a estudar e vencer...

AGRADECIMENTOS

À Deus por me amar, me reencontrar, e resgatar minha fé, por toda minha vida ter sido tão bom para mim. Por minha abençoada e amada profissão, ser enfermeira me traz completa realização pessoal e satisfação profissional.

À minha família, meu esposo Marcos Aurélio, minhas filhas e minha mãe pelo apoio, por estarem comigo nas adversidades e na alegria, por acreditar em meus sonhos e me ajudar nas dificuldades. Vocês são imprescindíveis em minha vida!

A minha orientadora Prof^a Dra. Silvia Crisyina Mangini Bocchi, por dividir comigo seus conhecimentos, pela paciência e apoio nos momentos difíceis do caminho que não foram poucos, com a doçura e competência de sempre, para o desenvolvimento do projeto do mestrado e por ter acreditado em mim, para desenvolver este trabalho.

À minha amiga e Gerente do Núcleo de Ambulatórios Liriane Garita pelo imprescindível apoio e amizade e por ter me ajudado e entendido minhas necessidades sempre durante o mestrado, além de me apoiar e incentivar sempre no desenvolvimento da dissertação: muito obrigada por tudo!

À minha sobrinha, colega de profissão e amiga Bianca Giovana de Almeida Yauch, pela contribuição na coleta de dados, 'muito obrigada' pela dedicação e comprometimento!

À enfermeira e Gerente de Enfermagem Bárbara Nery, pelo incentivo e disponibilidade para a realização do mestrado.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade Medicina de Botucatu e ao Departamento de Enfermagem, pelo acolhimento e incentivo.

Ao Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), responsáveis pelo Acordo CAPES-COFEN.

EPÍGRAFE

*“Todos os nossos sonhos podem se realizar,
Se tivermos coragem de persegui-los”.*

(Wall Disney)

APRESENTAÇÃO

Meu nome é Andréia, tenho 43 anos, sou enfermeira há 18 anos, porém estou na enfermagem há 24 anos, destes, 23 anos trabalhados nesta Instituição HC/FMB.

Iniciei minha carreira como auxiliar de enfermagem, trabalhei seis anos nesta função, na enfermaria de Clínica Médica I, onde aprendi muito e a que me orgulho ter feito parte da minha vida profissional.

Cursei a graduação de Enfermagem na Universidade do Sagrado Coração (USC) Bauru-SP, trabalhando para manter os custos da faculdade com ajuda dos meus pais. Após me formar prestei concurso para enfermeira, fui aprovada e iniciei minha profissão como enfermeira em 01/06/2003. Fiz pós-graduação em Gestão em Saúde Pública pela Unesp.

Trabalhei em diversas áreas do hospital, nas enfermarias clínicas e cirúrgicas, onde exerci os cargos de enfermeira assistencial por quatro anos e Supervisora Técnica de Seção de Ginecologia/Mastologia por 10 anos, e atualmente há quatro anos estou no Ambulatório Geral de Especialidades, a princípio como enfermeira assistencial e há dois anos como Supervisora Técnica de Seção.

Prestei a prova para o Mestrado Profissional, Edital COFEn, somente agora, pois optei por esperar minhas filhas crescerem um pouco e não precisarem tanto da minha presença, e eu poder me dedicar melhor.

Yauch AC. Instrumentos para rastreamento funcional e de adesão ao tratamento para idosos diabéticos em ambulatório de referência [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2020.

RESUMO

Objetivo geral: compor instrumentos e aplicá-los para rastreamento funcional e de adesão do idoso diabético ao tratamento, privilegiando áreas comumente comprometidas no idoso. **Objetivos específicos:** analisar características sociodemográficas, clínicas e de adesão ao tratamento do diabetes por esses idosos; determinar a prevalência de depressão com e sem acompanhamento médico para a saúde mental deles; avaliar associações entre depressão e consequentemente adesão dos idosos ao tratamento para o diabetes, e suas características sociodemográficas e respectivos domínios funcionais; aferir a acurácia para rastreamento da depressão em idosos, por meio da Avaliação Funcional Breve (AFB) comparada à da Escala de Depressão Geriátrica (EGD). **Método:** pesquisa com delineamento duplo, epidemiológico transversal e metodológico, realizada em ambulatório especializado e referenciado para atendimento de população de 30 municípios, do interior do Estado de São Paulo, Brasil, com população estimada em 609.249. Amostra mínima de 96 pacientes, delineada a partir de prevalência desconhecida (50%) de idosos com diabetes, depressão e baixa adesão ao tratamento, com 95% de confiabilidade e 10% de margem de erro. Para este estudo, considerou-se 124 pacientes, estratificados em três faixas etárias: 60 a 69, 70 a 79 e ≥ 80 anos. Análise estatística com suporte do Programa *SAS for Windows*, v.9.4, a partir de banco de dados digitado no Excel. Utilizou-se cálculo de média e desvio padrão, frequência e porcentagem, teste qui-quadrado e/ou exato de Fisher e modelo de regressão logística *stepwise*, com valores de odds-ratio (OR) e respectivos intervalos de confiança de 95%. Empregou-se, também, o coeficiente kappa para análise de concordância entre os instrumentos EDG e AFB para rastreamento de depressão. Fixou-se em todos os testes o nível de significância de 5% ou o p-valor correspondente. **Resultados:** participantes com média de idade de 72,7 (DP $\pm$ 7,7) anos, 56,0% do sexo feminino, com 4,5 (DP $\pm$ 3,94) anos de escolaridade, 2,3 (DP $\pm$ 1,4) salários mínimos de renda familiar, 83,1% morando acompanhado, sendo: 37,1% do(a) parceiro(a) e 46,0% de familiares e, portanto 83,9% acreditando poder contar com o apoio. A maioria (70,2%) independente funcionalmente, 62,9% residindo em domicílio com riscos para quedas, acometidos por cinco ou mais comorbidades (51,6%), sendo as principais HAS, dislipidemia e

doença cardiovascular, 38,7% deles com $HbA1c > 7,5\%$ (diabetes descompensada). A cada unidade de elevação de $Hb1Ac$ aumenta em 30% a chance de depressão ($OR=1,288$; 95% IC 0,871-0,980; $p=0,0083$). Dois terços aproximados com sobrepeso/obesidade (65,3%), sendo 88,7% avaliados com baixa adesão ao tratamento medicamentoso, associada estatisticamente às faixas menores de renda familiar ($p=0,0061$) e ao estado mental e, especificamente, à dificuldade de memorização ($p=0,0420$). O registro da comorbidade depressão no prontuário ambulatorial dos idosos pode ser considerado baixo (12,9%), quando comparado à doença rastreada pelas escalas EDG (43,5%) e AFB (58,1%). A depressão avaliada por EDG e AFB se associou estatisticamente: às faixas de renda familiar ($p=0,0287$; $p = 0,0194$) e de escolaridade ($p = 0,0049$; $p=0,0038$) menores, ao déficit/perda de acuidade visual ($p=0,0020$; $p=0,0001$). Contudo, análises mostram que, apesar da comorbidade retinopatia associar à depressão ($p=0,035$), não conseguir ler com lentes corretivas independe do diagnóstico de retinopatia referido ou registrado no prontuário ($p=0,0955$). Ademais, dispor de capacidade de ler com lentes corretivas protege em 25% as chances de o idoso apresentar o parâmetro bioquímico $HbAc1 > 7,5\%$, compatível com a não adesão ao tratamento do diabetes ($OR=0,74$; 95% IC 0,195-2,614; $p=0,4303$). Depressão rastreada somente por AFB associou-se: ao sexo feminino ($p=0,0037$), a apoio social não percebido pelo idoso ($p=0,0077$), à incontinência urinária referida ($p=0,0004$), aumentando em 5,6 vezes as chances de depressão ($OR=5,580$; 95% IC 2,250-13,838; $p=0,0002$); a não funcionalidade dos braços ($p = 0,0007$); às doenças osteoarticulares ($p = 0,0419$); à capacidade de memorização ($p = 0,0087$; 64%) que, quando preservada é fator protetor para depressão ($OR=0,361$; 95% IC 0,151-0,862; $p=0,0218$). Considerou-se concordância moderada de acurácia para rastreamento de depressão pelo instrumento de AFB em relação a EDG ($Kappa = 0,53$), sendo a AFB com maior sensibilidade (88,9%), porém com menor especificidade em relação à EDG. Desta forma, quando o idoso rastreado com depressão pela AFB, recomenda-se confirmar o resultado com aplicação de EDG.

Conclusões: a proposição e a aplicação dos instrumentos de coleta de dados mostraram-se operacionais para triagem funcional e de adesão de idosos diabéticos ambulatoriais, cujo julgamento clínico apontou quatro diagnósticos de enfermagem, sendo dois de risco e dois com foco nos problemas: (1) Risco de Síndrome do Idoso Frágil; (2) Risco de Síndrome do Desequilíbrio Metabólico; (3) Eliminação urinária prejudicada; (4) Risco de quedas. A avaliação e tratamento da depressão, da incontinência urinária e correção do déficit da acuidade visual em pacientes diabéticos podem melhorar a adesão ao tratamento e reduzir danos.

Produto do estudo: composição de instrumentos como protótipo, para o rastreamento

funcional e de adesão ao tratamento de idosos diabéticos ambulatoriais com problemas de saúde subdiagnosticados.

Descritores: Idoso; Diabetes mellitus; Depressão; Cooperação e adesão ao tratamento; Assistência ambulatorial.

Yauch AC. Instruments for functional traceability and for the treatment of diabetic patients with diabetes in the outpatient clinic [dissertation]. Botucatu: Medical School (FMB), São Paulo State University (Unesp); 2020.

ABSTRACT

General objective: to compose instruments and apply them for the functional screening and adherence of the diabetic elderly person to treatment, privileging areas commonly compromised in the elderly. **Specific objectives:** (1) to analyze sociodemographic, clinical and treatment compliance characteristics to diabetes by these elderly; (2) determine the prevalence of depression with and without medical monitoring for their mental health; (3) evaluate associations between depression and consequent adherence of the elderly to treatment for diabetes, and their sociodemographic characteristics and respective functional domains; (4) to measure the accuracy for tracking depression in the elderly, through the Brief Functional Assessment (AFB) compared to the Geriatric Depression Scale (EGD). **Method:** a cross-sectional epidemiological and methodological study, conducted in a specialized outpatient clinic and referred to the population of 30 cities from São Paulo State, Brazil, with an estimated population of 609,249. Minimum sample of 96 patients, based on an unknown prevalence (50%) of the elderly with diabetes, depression and poor treatment adherence, with 95% reliability and 10% margin of error. For this study, 124 patients were considered, stratified into three age groups: 60 to 69, 70 to 79 and ≥ 80 years. Statistical analysis supported by SAS for Windows Program, v.9.4, from database entered in Excel. Calculation of mean and standard deviation, frequency and percentage, chi-square and / or Fisher's exact test and stepwise logistic regression model were used, with odds ratio (OR) values and respective 95% confidence intervals. The kappa coefficient was also used for agreement analysis between the EDG and AFB instruments for tracking depression. In all tests the significance level of 5% or the corresponding p-value was set. **Results:** participants with a mean age of 72.7 (SD $\pm$ 7.7) years, 56.0% female, with 4.5 (SD $\pm$ 3.94) years of schooling, 2.3 (SD $\pm$ 1,4) minimum wages of family income, 83.1% living together, being: 37.1% of the partner and 46.0% of family members, and therefore 83.9% believing they could count on the support. Most (70.2%) functionally independent, 62.9% living at home with risk of falls, affected by five or more comorbidities (51.6%), with the main hypertension, dyslipidemia and cardiovascular disease, 38.7%. of them with HbA1c $>$ 7.5% (decompensated diabetes). Each Hb1Ac elevation unit increases the chance

of depression by 30% (OR=1.288; 95% CI 0.871-0.980; $p=0.0083$). Approximately two thirds of overweight / obesity (65.3%), 88.7% of whom were evaluated with low compliance to drug treatment, statistically associated with lower family income brackets ($p=0.0061$) and mental state and specifically the difficulty of memorization ($p = 0.0420$). The record of comorbidity depression in the outpatient medical records of the elderly can be considered low (12.9%) when compared to the disease tracked by the EDG (43.5%) and AFB (58.1%) scales. Depression assessed by EDG and AFB was statistically associated with lower family income ($p=0.0287$; $p=0.0194$) and lower education ($p= 0.0049$; $p=0.0038$), loss of visual acuity ($p=0.0020$; $p=0.0001$). However, analysis shows that although retinopathy comorbidity is associated with depression ($p=0.035$), failure to read with corrective lenses is independent of the diagnosis of retinopathy in the medical records ($p=0.0955$). Moreover, having the ability to read with corrective lenses protects in 25% the chances of the elderly presenting the biochemical parameter $HbA_{1c}>7.5\%$, compatible with non-adherence to diabetes treatment (OR=0.74; 95% CI 0.195 -2.614; $p=0.4303$). Depression traced only by AFB was associated with: female ($p=0.0037$), social support not perceived by the elderly ($p=0.0077$), reported urinary incontinence ($p=0.0004$), increasing by 5, 6 times the odds of depression (OR = 5.580; 95% CI 2.250-1.838; $p=0.0002$); non-functionality of the arms ($p = 0.0007$); osteoarticular diseases ($p = 0.0419$); ($p=0.0087$; 64%), which when preserved is a protective factor for depression (OR = 0.361; 95% CI 0.151-0.862; $p = 0.0218$). Moderate accuracy was considered for depression screening by the AFB instrument in relation to the EDG (Kappa = 0.53), being the AFB with higher sensitivity (88.9%), but with lower specificity in relation to the EDG, so when the elderly screened with depression AFB, it is recommended to confirm the result with EDG application.

Conclusions: the proposition and application of the data collection instruments proved to be operational for functional screening and adherence of outpatient diabetic elderly, whose clinical judgment pointed to four nursing diagnoses, two at risk and two focusing on problems: (1) Risk of Fragile Elderly Syndrome; (2) Risk of Metabolic Imbalance Syndrome; (3) Impaired Urinary Elimination; (4) Risk of Falls. Assessment and treatment of depression, urinary incontinence, and correction of visual acuity deficit in diabetic patients can improve treatment compliance and reduce damage.

Descriptors: Aged; Diabetes mellitus; Depression; Treatment adherence and compliance; Ambulatory care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica de usuários idosos diabéticos atendidos ambulatorialmente, em Hospital do Estado de São Paulo, Brasil, 2018 e 2019.....	16
Tabela 2. Caracterização clínica de usuários idosos diabéticos atendidos ambulatorialmente, em Hospital Público do Estado de São Paulo, Brasil, 2018 - 2019	17
Tabela 3. Tempo de diagnóstico do diabetes mellitus, número e principais comorbidades e adesão ao tratamento por idosos diabéticos atendidos ambulatorialmente, em Hospital Público do Estado de São Paulo, Brasil, 2018 – 2019...	18
Tabela 4. Média, desvio padrão, mínima, máxima e mediana para as variáveis: idade, escolaridade, renda familiar, IMC e HbA1c de idosos diabéticos, atendidos ambulatorialmente. Hospital Público do Estado de São Paulo, 2018 – 2019.....	19
Tabela 5. Associações entre características sociodemográficas e rastreamento de depressão por Escala de Depressão Geriátrica (EGD), de idosos diabéticos atendidos ambulatorialmente, em Hospital Público do Estado de São Paulo, Brasil, 2018 – 2019....	20
Tabela 6. Associações entre características sociodemográficas e rastreamento de depressão por Avaliação Funcional Breve (AFB) de idosos diabéticos atendidos ambulatorialmente, em Hospital Público do Estado de São Paulo, Brasil, 2018 – 2019...	22
Tabela 7. Valor e p-valor do teste qui-quadrado para associações entre características clínicas e rastreamento de depressão por Escala de Depressão Geriátrica (EDG) de idosos diabéticos atendidos ambulatorialmente, em Hospital Público do Estado de São Paulo, Brasil, 2018 – 2019.....	24
Tabela 8. Associação entre Acuidade visual com lentes e AVD/AIVD, controlada pela ausência de retinopatia em idosos diabéticos atendidos ambulatorialmente, em Hospital Público do Estado de São Paulo, Brasil, 2018 – 2019.....	26
Tabela 9. Associação entre acuidade visual com lentes e AVD/AIVD, controlada pelo diagnóstico registrado no prontuário ou referido de retinopatia em idosos diabéticos, atendidos ambulatorialmente, em Hospital Público do Estado de São Paulo, Brasil, 2018 – 2019.....	6
Tabela 10. Associações entre características clínicas e rastreamento de depressão por Escala de Depressão Geriátrica (EDG) de idosos diabéticos atendidos ambulatorialmente, em Hospital Público do Estado de São Paulo, Brasil, 2018 – 2019...	27
Tabela 11. Associações entre características clínicas e rastreamento de depressão por Avaliação Funcional Breve (AFB) de idosos diabéticos atendidos ambulatorialmente, em Hospital Público do Estado de São Paulo, Brasil, 2018 – 2019.....	29
Tabela 12. Associações entre características clínicas e rastreamento de depressão por Avaliação Funcional Breve (AFB) de idosos diabéticos atendidos ambulatorialmente, em Hospital Público do Estado de São Paulo, Brasil, 2018 – 2019.....	31
Tabela 13. Associações entre características sócio demográficas e adesão ao tratamento medicamentoso classificado por BMQ, de idosos diabéticos atendidos ambulatorialmente, em Hospital Público do Estado de São Paulo, Brasil, 2018 – 2019....	33
Tabela 14. Associações entre características clínicas e adesão ao tratamento medicamentoso, segundo classificação por BMQ, de idosos diabéticos atendidos ambulatorialmente, em Hospital Público do Estado de São Paulo, Brasil, 2018 – 2019....	34
Tabela 15. Associações entre características clínicas segundo AFB e adesão ao tratamento medicamentoso por classificação BMQ, de idosos diabéticos atendidos ambulatorialmente, em Hospital Público do Estado de São Paulo, Brasil, 2018 – 2019...	36
Tabela 16. Análise multivariada por <i>Stepwise</i> para associação das variáveis independentes com a dependente (desfecho) depressão por Avaliação Funcional Breve	

(AFB) como resposta e demais variáveis como explanatórias, referentes a idosos diabéticos atendidos ambulatorialmente, em Hospital Público do Estado de São Paulo, Brasil, 2018 – 2019.....	39
Tabela 17. Análise multivariada por <i>Stepwise</i> para associação da variável independente acuidade visual com lentes aferida por AFB com a dependente (desfecho) adesão ao tratamento do diabetes por parâmetro bioquímico hemoglobina glicada ($HbA1c \leq 7,5\%$) de idosos diabéticos atendidos ambulatorialmente, em Hospital Público do Estado de São Paulo, Brasil, 2018 – 2019.....	39
Tabela 18. Acurácia da Escala de Avaliação Funcional Breve (AFB), relacionada à Escala de Depressão Geriátrica (EDG), para rastreamento ambulatorial de depressão em idosos diabéticos. Hospital Público do Estado de São Paulo, 2018 – 2019.....	40

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVOS.....	6
2.1. Objetivo geral.....	6
2.2. Objetivos específicos.....	6
3. MÉTODO.....	7
3.1. Tipos de pesquisas.....	7
3.2. Local e participantes.....	7
3.3. Amostra.....	8
3.4. Análise estatística.....	8
3.3. Variáveis.....	9
3.3.1. Caracterização sociodemográfica e clínica.....	9
3.3.2. Variável antecedente (independente).....	9
3.3.3. Variável dependente (desfecho).....	10
3.4. Procedimentos éticos e de coleta de dados.....	11
4. RESULTADOS.....	13
4.1. Análise de características sociodemográficas, clínicas e de adesão ao tratamento.....	13
4.1.1. Análise univariada.....	14
4.1.2. Análise bivariada.....	20
4.1.3. Análise multivariada.....	37
4.2. Análise de acurácia entre as escalas AFB e EDG.....	40
5. DISCUSSÃO.....	41
6. CONCLUSÕES.....	48
7. O PRODUTO DO ESTUDO.....	50
REFERÊNCIAS.....	52

APÊNDICE 1. Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).....	58
APÊNDICE 2. Composição de instrumentos de coleta de dados.....	59
ANEXO 1. Aprovação do projeto de pesquisa por Comitê de Ética em Pesquisa....	62

1. INTRODUÇÃO

Na qualidade de gestora de serviço ambulatorial de referência do Sistema Único de Saúde (SUS) é notório observar o impacto da longevidade populacional brasileira e in loco, sobre o perfil de saúde, demandando reorganização dos serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), em face de o aumento por atendimentos especializados de idosos referenciados pela atenção primária à saúde (APS), principalmente, por Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT).

Sabe-se que a população idosa brasileira triplicará entre 2010 e 2050, de 19,6 milhões (10% da população brasileira) passará para 66,5 milhões de pessoas (29,3%). Com estimativa para a "virada" no perfil da população em 2030, quando o número absoluto e o percentual de brasileiros, com 60 anos ou mais de idade, ultrapassará o de crianças de 0 a 14 anos. Os idosos chegarão a 41,5 milhões (18% da população) e as crianças serão 39,2 milhões, ou seja, 17,6% (Figueiredo, 2016).

Com o aumento da expectativa de vida da população brasileira, a multimorbidade de DCNT vem assolando a população idosa, repercutindo no aumento das internações e mortes por neoplasias, causas externas, endócrinas e nutricionais, considerado importante desafio para o Estado com o rápido envelhecimento populacional (Miranda et al., 2016).

O diabetes, o câncer e as doenças cardiovasculares são as DCNT que contribuem com mais de 70% das mortes no mundo, o equivalente a 41 milhões de óbitos, sendo 15 milhões prematuramente, com idades entre 30 e 69 anos. Ademais, cerca de 85% dessas mortes estão relacionadas a cinco fatores de risco que podem ser modificáveis: tabagismo, inatividade física, uso nocivo de álcool, dietas não saudáveis e exposição à poluição do ar ao longo da vida (WHO, 2019).

Razões da Organização Mundial de Saúde (OMS) eleger, em 2019, as DCNT e a fragilização da Atenção Primária à Saúde (APS) entre as dez maiores ameaças da saúde global, quando a APS deveria ser o primeiro ponto de contato das pessoas com seu sistema de saúde, com cuidados abrangentes, acessíveis à comunidade ao longo da vida (WHO, 2019).

O Brasil ocupa o quarto lugar em relação aos 10 países com maior número de pessoas com diabetes (20 a 79 anos), em 2015 com 14,3 milhões (12,9% a 15,8% da população) e projeção para 2040 de 23,3 milhões (21,0% a 25,9%) da população com a doença (IDF, 2015).

O diabetes acomete a população mais velha, 27,5% daqueles entre 55 e 64 anos de idade, elevando esta porcentagem para 35,2% na faixa etária entre 65 e 74 anos (Schmidt et al., 2014), sendo também os idosos, os mais acometidos pela depressão (30,6%) (Nogueira et al., 2014).

Evidências científicas apontam para o risco do diabetes em pessoas com saúde mental acometida (Smith et al, 2018), assim como de depressão prevalente em pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) (Ducat et al., 2014; Perrin et al., 2017; Hunter et al., 2018), associado a baixo controle glicêmico (Alramadan et al, 2018), mediante suas dificuldades para o seguimento de recomendações, como: dieta alimentar, exercício físico regular, automonitorização da glicemia e tratamento farmacológico. Contexto este que tornaram pessoas com depressão predisponentes à baixa adesão ao tratamento do diabetes e, conseqüentemente, mais vulneráveis para: nefropatia, neuropatia, retinopatia, doenças cerebrovasculares e cardiovasculares, principalmente em mulheres e em pessoas com HAS associada (64,2%) (Kayar et al, 2017).

Desta forma, o diagnóstico e o tratamento da depressão em pacientes diabéticos são essenciais, para prevenir consequências negativas, como baixa adesão ao tratamento, sedentarismo, isolamento social, ganho de peso e desinteresse pelo autocuidado, influenciando diretamente o risco de complicações e o prognóstico da doença (SBD, 2017).

Contudo há necessidade de se vencer desafios relativos à formação da equipe interprofissional da saúde para rastrear, diagnosticar e tratar a depressão (Hao et al., 2015), juntamente com o medo do estigma, que impede muitas pessoas de acessarem o tratamento de que necessitam para viver vidas saudáveis e produtivas (OPAS/OMS Brasil, 2018).

Pesquisa realizada, na China, em serviços especializados para atendimentos de pessoas com diabetes, considerou baixa a detecção de depressão como comorbidade, aproximadamente 6,9% de clínicos não psiquiatras foram capazes de identificar as características clínicas de transtornos de ansiedade ou depressão e apenas 4,5% diagnosticaram e trataram esses transtornos (Hao et al., 2015). Fato detectado em outros países, por meio de revisão sistemática, apontando que, a avaliação dos sintomas psicológicos e físicos e os encaminhamentos se davam inadequadamente, conferindo barreira para o atendimento de pacientes ambulatoriais com depressão e doença crônica (Fradgley et al., 2015).

Ressalta-se que a conduta terapêutica, em casos leves a moderados, a depressão poderá ser tratada por médico não psiquiatra, a exemplo de outras doenças não complicadas (como HAS leve). No entanto, casos de episódios depressivos graves, depressão com sintomas psicóticos, risco de suicídio e história de transtorno bipolar do humor, devem ser encaminhados ao psiquiatra para avaliação e conduta. Caso o clínico não se sentir capaz de conduzir o tratamento do paciente, ou após duas tentativas sem sucesso de tratamento da depressão, indica-se encaminhamento ao psiquiatra (Lustman, Harper, 1987).

A depressão tem sido considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a principal causa de problemas de saúde e incapacidade em todo o mundo. Estima-se, mais de 300 milhões de pessoas vivendo com depressão, um aumento maior a 18% entre 2005 e 2015. A doença caracteriza-se por tristeza persistente e perda de interesse por atividades que as pessoas normalmente gostam, acompanhadas por incapacidade de realizar atividades diárias por 14 dias ou mais. Ademais, as pessoas com depressão normalmente apresentam sintomas como: perda de energia; alterações no apetite; dormir mais ou menos do que se está acostumado; ansiedade; concentração reduzida; indecisão; inquietação; sentimentos de inutilidade, culpa ou desesperança; e ideações de autolesão ao suicídio (OPAS/OMS Brasil, 2018).

Globalmente, a saúde mental das pessoas encontra-se acometida, desde a tenra idade, uma vez metade de todas as doenças mentais começar aos 14 anos, a maioria dos casos passando despercebida e não tratada ao longo da vida, mundialmente constituindo-se o suicídio, na terceira principal causa de morte entre 15 e 19 anos (WHO, 2019). No Brasil, a quarta nos últimos seis anos, contudo elevando-se consideravelmente a média nacional entre os idosos com mais de 70 anos, de 5,5 para 8,9 mortes por 100 mil (MS, 2017).

Além da depressão, outros transtornos mentais constituem-se fatores de risco para o suicídio, como: alcoolismo, esquizofrenia; questões sociodemográficas relativas ao isolamento social; psicológicos, como perdas recentes; e condições clínicas incapacitantes, como lesões desfigurantes, dor crônica e neoplasias malignas (MS, 2017).

Considerando:

- (a) aproximadamente 40% dos idosos brasileiros com uma doença crônica e 29,8% com duas ou mais, como diabetes, hipertensão arterial sistêmica (HAS) ou artrite, ou seja, ao todo, cerca de 70% dos idosos com alguma DCNT e a maioria usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) (MS, 2019);
- (b) Portaria nº 483 de 1º de abril de 2014, prevendo a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, com o objetivo de assistir integralmente, aos usuários com doenças crônicas, prevendo em todos os seus pontos, ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (MS, 2014);
- (c) Essa Rede estruturada por: (I) Atenção Básica; (II) Atenção Especializada, dividida em ambulatorial especializado, hospitalar e urgência e emergência; (III) Sistemas de Apoio; (IV) Sistemas Logísticos; (V) Regulação; e (VI) Governança (MS, 2014);

- (d) O ambulatório especializado constituir um conjunto de ações e serviços eletivos de média e alta densidade tecnológica, com a finalidade de propiciar a continuidade do cuidado e, portanto: (I) atuar de forma territorial, sendo referência para uma população definida, a partir do perfil epidemiológico das doenças crônicas e das necessidades de saúde da população de cada região, considerando-se os conceitos de escala, no que se refere à economia e à qualidade do cuidado; (II) prestar assistência ambulatorial eletiva de média e alta densidade tecnológica, de forma multiprofissional, a sua população adstrita que se enquadra nos critérios de encaminhamento para esse ponto de atenção, de acordo com os protocolos e as diretrizes clínicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou elaboradas pelo nível local ou regional; (III) prestar apoio matricial às equipes da Atenção Básica, presencialmente ou por meio das ferramentas de teleassistência e de teleeducação vigentes ou de outras estratégias locais, dedicando parte da carga horária dos profissionais especificamente para essas ações; (IV) realizar contrarreferência em casos de alta para os serviços de Atenção Básica, bem como comunicar periodicamente os Municípios e as equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento; (V) orientar o usuário com relação ao retorno à Atenção Básica e/ ou ao acompanhamento neste ponto de atenção, quando necessário; e (VI) encaminhar para o subcomponente hospitalar da Atenção Especializada os casos diagnosticados para procedimentos clínicos ou cirúrgicos de diagnósticos ou internação, em função de complicações decorrentes das doenças crônicas, quando esgotadas as possibilidades terapêuticas no subcomponente ambulatorial especializado da Atenção Especializada (MS, 2014);
- (e) o papel do enfermeiro como uma força de trabalho interdisciplinar, com exercício da Enfermagem, regida pela Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986, atribuindo-lhe todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe privativamente a consulta de enfermagem e como integrante da equipe de saúde, participação na elaboração no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde, participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde, educação visando à melhoria de saúde da população (COFEn, 1986);
- (f) a necessidade de se respeitar institucionalmente, culturalmente e clinicamente o papel do enfermeiro no trabalho interdisciplinar, salvaguardando o princípio do

- cuidado centrado nas pessoas, voltado à promoção da saúde e prevenção de incapacidades, sofrimento humano e mortes prematuras por DCNT (Kennedy, 2018);
- (g) o idoso com DCNT demandar seguimento e, portanto, adequação à avaliação geriátrica, para reduzir o risco de incapacidade e aumentar a expectativa e a qualidade de vida. Para essa avaliação requerer Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), processo diagnóstico multidimensional e interdisciplinar, para levantar problemas clínicos, psicossociais e funcionais, cujos componentes básicos incluem: (I) avaliação clínica (anamnese da saúde: saúde física, incluindo visão, audição, fala e incontinência urinária); (II) capacidade funcional: Atividades de Vida Diária - AVD e Atividades Instrumentais de Vida Diária - AIVD); (III) avaliação nutricional; (IV) avaliação da saúde mental: cognição, humor e uso de álcool); (V) avaliação social e ambiental: rede social, segurança ambiental, avaliação do cuidado.
- (h) a complexidade de se operacionalizar a AGA em serviços da Atenção Primária de Saúde e em consultórios levou Lachs et al., em 1990, proporem versão simplificada, denominada Avaliação Funcional Breve (AFB), sem a finalidade de substituir a AGA, mas de servir como ferramenta de triagem, portanto, de aplicação rápida, por qualquer profissional da área da saúde, desde que treinado. A AFB compõe-se de 11 itens, relativos a perguntas, aferições antropométricas e testes de desempenho para avaliação das áreas comumente comprometidas na pessoa idosa. Propõe-se identificar os domínios funcionais que deverão ser, posteriormente, avaliados mais detalhadamente, para o estabelecimento diagnóstico e planejamento de intervenções para problemas que poderiam levar o idoso a alterações funcionais e, consequentemente, interferir no desempenho de suas atividades diárias;
- (i) o contexto, onde as DCNT e a fragilização da Atenção Primária à Saúde (APS) entre as dez maiores ameaças da saúde global, quando a APS deveria ser o primeiro ponto de contato das pessoas com seu sistema de saúde, com cuidados abrangentes, acessíveis à comunidade ao longo da vida (WHO, 2019). O Brasil ocupando o quarto lugar entre os países com maior número de pessoas com diabetes (IDF, 2015), sendo os idosos os mais acometidos (Schmidt et al., 2014), assim como pela depressão (30,6%) (Nogueira et al., 2014), contudo, subdiagnosticada e consequentemente subtratada (Hao et al., 2015), expondo o idoso a baixa adesão ao tratamento e consequentemente a riscos de complicações do diabetes (SBD, 2017), pergunta-se:

- Como sistematizar o rastreamento de déficits nos domínios funcionais, assim como na adesão ao tratamento do diabetes em idosos de ambulatório de referência?
- Quais são as características sociodemográficas, clínicas e de adesão ao tratamento de idosos diabéticos, atendidos nesse ambulatório?
- Qual a prevalência de depressão em idosos diabéticos ambulatoriais com e sem acompanhamento médico para a sua saúde mental?
- Quais características sociodemográficas e domínios funcionais se associam à depressão e, conseqüentemente, à adesão ao tratamento do diabetes?
- Qual o grau de concordância entre o Instrumento AFB (Lourenço et al., 2011), contendo apenas um item dos 11 para avaliar depressão em idosos, comparada à Escala de Depressão Geriátrica EDG (Paradella et al., 2005), com 15 itens específicos?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Compor instrumentos e aplicá-los para rastreamento funcional e de adesão do idoso diabético ao tratamento, privilegiando áreas comumente comprometidas no idoso.

2.2. Objetivos específicos

Analisar características sociodemográficas, clínicas e de adesão ao tratamento do diabetes por esses idosos;

Determinar a prevalência de depressão com e sem acompanhamento médico para a saúde mental deles;

Avaliar associações entre depressão e consequentemente adesão dos idosos ao tratamento para o diabetes, e suas características sociodemográficas e respectivos domínios funcionais;

Aferir a acurácia para rastreamento da depressão em idosos, por meio da Avaliação Funcional Breve (AFB) comparada à da Escala de Depressão Geriátrica (EGD).

3. MÉTODO

3.1. Tipos de pesquisas

Trata-se de pesquisa com delineamento duplo, o primeiro epidemiológico transversal, relativo aos três primeiros objetivos específicos e o segundo do tipo metodológico, para atender ao quarto objetivo específico e, conseqüentemente o objetivo geral.

O estudo epidemiológico transversal caracteriza-se por analisar a situação de saúde de uma população ou comunidade, fundamentada na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros. Esse tipo de estudo demonstra ser de grande utilidade para a realização de diagnósticos comunitários da situação local de saúde (Almeida-Filho, Barreto, 2012).

Já a pesquisa metodológica ocupa-se de instrumentos para aplicação e manipulação de realidade física e social (Demo, 1983).

3.2. Local e participantes

Realizou-se a pesquisa com idosos (≥ 60 anos) diabéticos, atendidos nos ambulatórios especializados do complexo ambulatorial de Hospital Público do Estado de São Paulo, conhecido como Ambulatório Geral do Hospital das Clínicas de Botucatu (HC).

Trata-se de ambulatório referência para atendimento de população do SUS, mais especificamente oriunda da área de abrangência de 68 municípios que compõem a VI Departamento Regional de Saúde (DRS VI) do estado de São Paulo, Brasil, com 68 municípios, perfazendo 1.770.427 habitantes.

Os pacientes atendidos no Ambulatório Geral são referenciados, principalmente da região denominada Polo Cuesta, com população de 309.506, composto por 13 municípios e da região denominada Vale do Jurumirim, com população de 299.743, de 17 municípios, assim como pacientes de todo o Estado de São Paulo, quando referenciados por meio da Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS).

O Ambulatório desempenha papel relevante no cenário nacional de saúde pública, atendendo mais de 400 especialidades e subespecialidades, com uma média de 800 pacientes por dia. Estes chegam ao Ambulatório por diferentes vias, como: retornos das especialidades do Hospital após receberem altas; de interconsultas das especialidades do HC; da Atenção Primária à Saúde dos municípios (Unidade Básica de Saúde - UBS e Unidade Saúde da Família – USF); por encaminhamento Via CROSS; e do Pronto Socorro do HC.

O Ambulatório Geral localiza-se no Prédio de Ambulatórios, de seis andares, atualmente em atividade cinco, no térreo aloca-se a sala de espera e 18 guichês para recepção e agendamento. Os andares do um ao cinco são divididos em 10 pavimentos, divididos em alas A e B. Possui 115 consultórios, nove salas de emergência, 13 salas de procedimentos, além de cinco salas ilhas para recepção e agendamento pós consulta, uma sala de agendamento, cinco de procedimentos, uma sala de infusão com capacidade para receber 10 pacientes por vez. Dispõe de quatro boxes para cirurgias ambulatoriais de pequeno porte. Todos pavimentos com sanitários de uso público masculino, feminino e para deficientes, separados de sanitários masculino e feminino para a equipe profissional.

O Ambulatório Geral funciona de segunda às sextas-feiras, das 7h às 18h. A equipe de trabalhadores constitui-se de: quatro enfermeiros; 22 técnicos e dois auxiliares de enfermagem; um auxiliar administrativo e dois assistentes operacional.

3.3. Amostra

Considerando prevalência desconhecida (50%) de idosos com diabetes, depressão e baixa adesão ao tratamento, com 95% de confiabilidade e 10% de margem de erro, obteve-se uma amostra mínima de 96 pacientes. Para este estudo, considerou-se um total de 124 pacientes, estratificados em três faixas etárias (60 a 69; 70 a 79; ≥ 80 anos), de acordo com o número de atendimentos realizados de 01/06/2017 a 31/07/2018. Neste período, atendeu-se 16.849 (100%) idosos, distribuídos: 5.928 (35%) na primeira faixa etária, 7.552 (45%) na segunda e 3.369 (20%) na terceira. Desse modo, estabeleceu-se amostra proporcional a esses percentuais, ou seja, 43 idosos de 60 a 69, 57 de 70 a 79 e 24 ≥ 80 anos.

3.4. Análise estatística

Realizada com suporte do Programa SAS for Windows, v.9.4, a partir de banco de dados digitado no Excel.

Com os dados obtidos, realizou-se inicialmente análise descritiva com o cálculo de média e desvio padrão para as variáveis quantitativas (idade, escolaridade, renda familiar em salários mínimos, Índice de Massa Corpórea (IMC), hemoglobina glicada (HbA1c), EDG) e frequência e porcentagem para as variáveis categorizadas.

Considerando os desfechos rastreamento de depressão, por meio de dois instrumentos, EDG (Paradella et al, 2005) e AFB (Lourenço et al., 2011), e adesão ao tratamento, para dois parâmetros: bioquímicos (HbA1c) e medicamentoso (BMQ), foram obtidas associações com as

demais variáveis categorizadas, utilizando-se o teste qui-quadrado e/ou exato de Fisher. Na sequência, com o desfecho de depressão como variável resposta, foi ajustado um modelo de regressão logística *stepwise*, considerando as demais variáveis como explanatórias, de modo a obter as variáveis que mais influenciaram no desfecho, obtendo-se valores de *odds-ratio* (OR) e respectivos intervalos de confiança de 95%. O mesmo modelo foi ajustado considerando, agora, as variáveis HbA1c categorizada (com ponto de corte em 0,75) e adesão ao tratamento como desfechos.

Utilizou-se o coeficiente kappa para análise de concordância entre o rastreamento de depressão pelos instrumentos EDG (Paradella et al, 2005) e AFB (Lourenço et al., 2011).

Fixou-se em todos os testes o nível de significância de 5% ou o p-valor correspondente.

3.3. Variáveis

3.3.1. Caracterização sociodemográfica e clínica

Caracterizou-se a amostra segundo variáveis sociodemográficas e clínicas. As sociodemográficas compõem-se de: idade em anos por faixa etária (60 — 70; 70 — 80; ≥ 80 anos); sexo (feminino e masculino); escolaridade em anos (< 1 ; 1 a 3; 4 a 6; ≥ 7); renda familiar em salários mínimos (< 1 ; 1 a 2; 3 a 4; ≥ 5); moradia (própria; alugada; cedida); com quem mora (sozinho; com parceiro; com familiares); apoio social percebido (sim; não).

As variáveis clínicas constam de: tempo em anos de diagnóstico do diabetes (< 1 ; 1 a 5; 6 a 10; ≥ 11); número de comorbidades (nenhuma; 1 a 2; 3 a 4; ≥ 5); diagnóstico referido de depressão (sim; não); avaliação de depressão (sim; não) por dois instrumentos - Escala de Depressão Geriátrica (EDG) (Paradella et al., 2005) e Avaliação Funcional Breve (AFB) (Lourenço et al., 2011); adesão de idosos ao tratamento segundo valor de hemoglobina glicosilada/glicada (sim $\leq 7,5\%$; não $> 7,5\%$), segundo consenso entre SBEM, SBPC-ML, SBEM e FENAD (2017/2018); acuidade visual com ou sem lentes e auditiva pela AFB; incontinência urinária referida pela AFB; atividades de vida diária por AVD/AIVD (acometidas; preservadas) conforme por AFB; função dos braços (sim; não) e pernas (sim; não) por AFB; estado nutricional por IMC para idosos ($< 22 \text{ m}^2$ = baixo peso; eutrofia = 22 a 27 m^2 ; $> 27 \text{ m}^2$ = sobrepeso/obesidade) (Lipschitz, 1994), parâmetros utilizados pela AFB.

3.3.2. Variável antecedente (independente)

Considerou-se depressão variável antecedente, também denominada independente e avaliada por duas escalas: EDG (Paradella et al., 2005) e AFB (Lourenço et al., 2011).

A EDG é uma escala desenvolvida especialmente para rastreamento de depressão em idosos por Yasavage et al., em 1983, originalmente com 30 itens, em 1986, uma versão curta de 15 itens elaborada pelo proponente e colaborador. Suas vantagens incluem ser composta de perguntas de fácil entendimento, poucas opções de resposta, pode ser auto aplicada ou aplicada por entrevistador treinado de qualquer área da saúde. Sua principal limitação é ser de difícil entendimento para os idosos com declínio cognitivo significativo. Foi validada em vários países, inclusive no Brasil. O ponto de corte proposto para a versão aqui apresentada é 5/6 (Paradella et al, 2005).

Recomenda-se para sua aplicação realizar todas as perguntas como foram propostas pelos autores e sem modificação da ordem, iniciando: Vou lhe fazer algumas perguntas para saber como o (a) Sr (a) vem se sentindo na última semana (Paradella et al, 2005).

Quando a resposta do paciente for igual a que está entre parênteses, junto à pergunta, o item corresponde a um ponto. Quando a resposta do paciente for diferente da que está entre parênteses, o item vale zero. A soma total de pontos superior a cinco é sugestiva de depressão (Paradella et al, 2005).

A AFB é um instrumento de rastreamento funcional multidimensional concebido por Lachs em 1990, para aplicação em Unidades Básicas de Saúde ou consultórios, por qualquer profissional da área da saúde. É composto por 11 itens, perguntas, aferições antropométricas e testes desempenho. Para avaliação das áreas mais comumente comprometidas na pessoa idosa: visão, audição, membros superiores e inferiores, continência urinária, nutrição, cognição e afeto, atividades de vida diária (AVD), ambiente domiciliar e suporte social (Lourenço et al, 2011).

3.3.3. Variável dependente (desfecho)

Considerou-se adesão ao tratamento variável dependente e mediu-se por meio do resultado de exame hemoglobina glicada, também denominada glicosilada (HbA1c) e da versão em português do instrumento *Brief Medication Questionnaire (BMQ)* (Bem et al., 2012).

O *BMQ* é um instrumento validado e com sensibilidade e especificidade para avaliação da adesão medicamentosa e pode auxiliar os profissionais da saúde na discriminação entre uso inadequado da medicação e esquema terapêutico insuficiente (Bem et al., 2012).

O resultado da HbA1c confere o melhor parâmetro para preditor de doenças crônicas (SBD, 2017). Os níveis de HbA1c estão anormalmente elevados em pacientes diabéticos com hiperglicemia mantida e reflete o grau de controle metabólico. Como a HbA1c circula no

interior das hemácias, cuja média de vida é de 120 dias, ela geralmente reflete o estado de glicemia em 8 a 12 semanas precedentes (Lopes, 2006).

Desta maneira, considerou-se a data da coleta de dados com o paciente, o marco de referência de validade do resultado de HbA1c, no máximo 12 semanas (90 dias) e para avaliação da adesão do idoso ao tratamento (sim $\leq 7,5\%$; não $> 7,5\%$), segundo consenso entre SBEM, SBPC-ML, SBEM, FENAD (2017/2018).

3.4. Procedimentos éticos e de coleta de dados

Após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa CAAE: 98430718.7.0000.5411, Número do Parecer: 2.932.009 (Anexo 1) iniciou-se a coleta de dados.

No dia anterior da consulta realizava-se a verificação da lista de pacientes agendados para consultas ambulatoriais, selecionando os idosos com diagnóstico de DM2 e sem qualquer registro de comprometimento cognitivo, no prontuário ou referido pelo acompanhante, antes de iniciar a coleta de dados. Dos selecionados, realizava-se o sorteio de cinco pacientes, por dia, por meio do número de registro do prontuário.

A seguir, contatava-os pessoalmente, explicando o objetivo da pesquisa, consultando-os do interesse em participarem, para então ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de Participação em Pesquisa (Apêndice 1), solicitando a assinatura em duas vias, sendo uma entregue ao idoso. Não houve negativas ou desistências de participação do estudo.

Realizou-se a coleta de dados em sala privativa do próprio Ambulatório, entre julho de 2018 e outubro de 2019, em formulário, submetido a pré-teste com 10 pacientes, não incorporados à amostra da pesquisa (Apêndice 2). Os idosos avaliados com depressão e sem tratamento foram contrarreferenciados para os serviços de saúde dos municípios.

Pode-se considerar que a composição do formulário propõe-se avaliar duas dimensões: (1) sociodemográfica - idade, sexo, escolaridade em anos, renda familiar em salários mínimos, propriedade da moradia, com quem mora e apoio social percebido, sendo este último item proveniente da AFB (Lourenço et al, 2011);

(2) clínica e de adesão ao tratamento - ano do diagnóstico do diabetes, comorbidades registradas no prontuário e referidas, último resultado de HbA1c (para avaliar adesão ao tratamento), medicações prescritas na última consulta ou referidas como de uso contínuo. A esta dimensão associou-se dois instrumentos, a AFB abarcando 10 itens, uma vez o item 11, relativo ao apoio social, já se encontrar na dimensão anterior. Desta forma, para a dimensão clínica utilizou-se os outros 10 itens para avaliar: visão, audição, IU, AVD/AIVD, funcionalidade dos braços,

funcionalidade das pernas, estado nutricional, estado mental (capacidade de memorização), depressão, ambiente no domicílio) (Lourenço et al, 2011). Complementou-se ainda com a aplicação da EDG (Paradella et al, 2005), para se avaliar a acurácia de AFB em rastrear depressão, finalizando com o BMQ, para explorar adesão do idoso ao tratamento medicamentoso (Bem et al., 2012).

4. RESULTADOS

4.1. Análise de características sociodemográficas, clínicas e de adesão ao tratamento

Pode-se caracterizar a população idosa de diabéticos atendidos ambulatorialmente, com média de 72,7 (DP $\pm$ 7,7) anos de idade, com ligeiro predomínio do sexo feminino (56,0%), de baixo nível socioeconômico, morando em casa própria em companhia de parceiro (37,1%) ou familiar (46,0%) e, portanto 83,9% manifestando apoio social percebido no caso de doença ou urgência/emergência (Tabelas 1 e 4).

Ao mesmo tempo em que a maioria (70,2%) dos idosos pode ser considerada independente funcionalmente para as AVD/AIVD, 62,9% deles residem em domicílio com riscos para quedas (Tabela 2). Trata-se de idosos acometidos por cinco ou mais comorbidades (51,6%), sendo as três primeiras: HAS, dislipidemia e doença cardiovascular, 38,7% deles com o parâmetro bioquímico HbA1c $>$ 7,5%, portanto compatível com diabetes descompensada (Tabela 3). Condição esta que expõe o idoso à fragilização de sua saúde mental, considerando que a cada unidade de elevação de Hb1Ac aumenta em 30% a chance de depressão (OR=1,288; 95% IC 0,871-0,980; p=0,0083) (Tabela 16). Ademais, dois terços aproximados apresentam-se com sobrepeso/obesidade (65,3%) (Tabela 2), sendo 88,7% avaliados com baixa adesão ao tratamento medicamentoso, associada estatisticamente às faixas menores de renda familiar (p=0,0061) (Tabela 13) e ao estado mental e, especificamente, à dificuldade de memorização (p=0,0420) (Tabela 15).

O registro da comorbidade depressão no prontuário ambulatorial dos idosos pode ser considerado baixo (12,9%), quando comparado à doença rastreada pelas escalas EDG (43,5%) e AFB (58,1%) (Tabela 2).

A depressão avaliada por EDG quanto por AFB se associa estatisticamente às faixas de renda familiar (p=0,0287; p = 0,0194) e de escolaridade (p = 0,0049; p=0,0038) menores (Tabela 5 e 6), assim como ao déficit/perda de acuidade visual (p=0,0020; p=0,0001) (Tabela 7 e 11). Contudo, análises mostram que, apesar da comorbidade retinopatia associar à depressão (p=0,035) (Tabela 10), não conseguir ler com lentes corretivas independe do diagnóstico de retinopatia referido ou registrado no prontuário (p=0,0955) (Tabela 9). Ademais, verifica-se que dispor de capacidade de ler com lentes corretivas protege em 25% as chances de o idoso apresentar o parâmetro bioquímico HbAc1 $>$ 7,5%, compatível com a não adesão ao tratamento do diabetes (OR=0,74; 95% IC 0,195-2,614; p=0,4303) (Tabela 17). Desta forma, faz-se

necessário aprofundar a compreensão das razões que têm dificultado esses idosos a se beneficiarem de melhor acuidade visual e se essas são modificáveis.

A avaliação de depressão, rastreada somente por AFB, associa-se significativamente a multiplicidade de variáveis: sexo feminino ($p=0,0037$), apoio social não percebido pelo idoso ($p=0,0077$) (Tabela 6), à IU referida ($p=0,0004$), comorbidade esta que aumenta em 5,6 vezes as chances de depressão ($OR=5,580$; 95% IC 2,250-13,838; $p=0,0002$) (Tabela 16), acometendo 62% das idosas; não funcionalidade dos braços ($p = 0,0007$), às doenças osteoarticulares ($p = 0,0419$); ao estado mental, especificamente à capacidade de memorizar três palavras e repeti-las depois de um minuto ($p = 0,0087$; 64%) (Tabela 15). A contento, essa capacidade quando preservada se apresenta como fator protetor para depressão ($OR=0,361$; 95% IC 0,151-0,862; $p=0,0218$) (Tabela 16).

Destaca-se ainda a idade desempenhando fator protetor para depressão com o aumento da faixa etária ($OR=0,924$; 95% IC 0,871-0,980; $p=0,0083$) (Tabela 16).

Esta síntese advém das interpretações de dados organizados em tabelas, com análises estatísticas univariada, bivariada e multivariada, conforme apresentadas a seguir.

4.1.1. Análise univariada

A média de idade dos idosos diabéticos atendidos ambulatorialmente é de 72,7 ($DP\pm 7,7$) anos, com ligeiro predomínio do sexo feminino (56,0%). Escolaridade média em anos de 4,5 ($DP\pm 3,94$) e renda familiar de 2,3 ($DP\pm 1,4$) salários mínimos (Tabela 4). A maioria mora acompanhada (83,1%), sendo 37,1% do(a) parceiro(a) e 46,0% de familiares e, portanto 83,9% deles acreditam poder contar com apoio de alguém no caso de urgência/emergência ou doença (Tabela 1).

Trata-se de idosos que, em sua maioria (60,5%), teve a Diabetes Mellitus diagnosticada há 11 ou mais anos, 90,3% com quatro ou mais comorbidades, sendo 38,7% com três a quatro e 51,6% com cinco ou mais. Dentre elas, a HAS predomina (87,1%), seguida pela dislipidemia (61,3%), doença cardiovascular (50,8%), nefropatia (33,0%), doença osteoarticulares (32,3%), retinopatia (25,8%), doenças cerebrovasculares (10,5%), neuropatia (3,2%) e outras doenças (95,2%) (Tabela 3).

Pode-se considerar idosos com alto risco de não adesão ao tratamento, com média de 29,5 ($DP\pm 1,8\%$) de IMC, com 65,3% deles classificados em sobrepeso/obesos, apresentando média de 7,6% ($DP\pm 1,8\%$) de HbA1c, estando 38,7% deles com o parâmetro bioquímico hemoglobina glicada acima do esperado para diabetes compensada ($HbA1c > 7,5\%$). Ademais,

segundo avaliação pela Escala BMQ, 88,7% encontram-se em risco de não adesão ao tratamento medicamentoso, por fazerem uso de multidoses (polifarmácia) e desconhecerem as medicações que fazem uso (Tabela 3). Quanto ao estado mental por AFB, 81,1% deles não conseguem memorizar três palavras e repetí-las após um minuto, mostrando capacidade cognitiva reduzida para memorização, além de deficiências sensoriais, uma vez, 43,6% apresentarem acuidade visual acometida, mesmo utilizando lentes corretivas e 27,4% com déficit auditivo (Tabela 2).

Ademais, o diagnóstico clínico ambulatorial de depressão em idosos é baixo (12,9%), quando comparado ao rastreamento da doença pelas escalas EDG (43,5%) e AFB (58,1%), assim como a incontinência urinária acometendo 47,6% dos mesmos (Tabela 2), sendo 62% do sexo feminino.

Apesar de 50% dos idosos apresentarem alguma dificuldade para andar, pode-se considerá-los independentes com manutenção da função dos braços (85,5%), para as suas Atividades de Vida Diária (AVD) e as Individuais de Vida Diária (AIVD) (70,2%). Contudo, o ambiente domiciliar configura-se em risco para quedas em 62,9%, relativas à presença de escadas, pouca iluminação e uso de tapetes (Tabela 2).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica de usuários idosos diabéticos atendidos ambulatorialmente, em Hospital do Estado de São Paulo, Brasil, 2018 e 2019

Variáveis	Categorias	N.	%
Faixa etária (em anos)	60 a 69	43	34,7
	70 a 79	57	46,0
	≥ 80	24	19,3
Sexo	Feminino	69	56,0
	Masculino	55	44,0
Escolaridade (em anos)	< 1	21	16,9
	1 a 3	31	25,0
	4 a 6	48	38,7
	≥ 7	24	19,4
Renda familiar (em salários mínimos)	≤ 2	88	70,97
	3 a 4	24	19,35
	≥ 5	12	9,68
Moradia	Própria	111	89,5
	Alugada	6	4,8
	Cedida	7	5,7
Com quem mora	Sozinho	21	16,9
	Com parceiro	46	37,1
	Com familiares	57	46,0
Apoio social percebido (alguém que pode contar no caso de urgência/emergência ou doença)	Não	20	16,1
	Sim	104	83,9

Tabela 2. Caracterização clínica de usuários idosos diabéticos atendidos ambulatorialmente, em Hospital Público do Estado de São Paulo, Brasil, 2018 - 2019

VARIÁVEIS	N	%
Com diagnóstico médico de depressão (registro em prontuário e/ou referida)		
(N) Não	108	87,1
(S) Sim	16	12,9
Depressão rastreada pela Escala de Depressão Geriátrica (EDG)		
(N) Não (escore ≤ 5)	70	56,5
(S) Sim (escore ≥ 6)	54	43,5
Depressão rastreada pela Escala de Avaliação Funcional Breve (AFB)		
(N) Não	52	41,9
(S) Sim	72	58,1
Acuidade visual com lentes, aferida por AFB		
Lê	70	56,4
Não consegue ler	43	34,7
Não se aplica (perda total da acuidade ou esqueceu as lentes)	11	8,9
Acuidade auditiva ao teste por AFB		
Responde	90	72,6
Não responde	34	27,4
Incontinência Urinária (IU) referida segundo AFB		
(N) Não	65	52,4
(S) Sim	59	47,6
AVD/AIVD segundo AFB) (consegue levantar, vestir-se, preparar refeições e fazer compras sem ajuda)		
(N) Não	37	29,8
(S) Sim	87	70,2
Função dos braços por AFB (toca as mãos na nuca e pega uma colher)		
(N) Não	18	14,5
(S) Sim	106	85,5
Capacidade de andar por AFB (levantar e andar por três metros)		
(1) Normal (≤ 12 segundos)	62	50,0
(2) > 12 segundos	39	31,5
(3) Uso de muletas e bengalas	18	14,5
(4) Não deambula	5	4,0
Estado nutricional (AFB)		
(1) Baixo peso	0	0,0
(2) Eutrofia	38	30,7
(3) Sobrepeso/Obesidade	81	65,3
(4) Sem possibilidade de aferição	5	4,0
Estado mental por AFB (memoriza três palavras e repete-as depois de um minuto)		
(N) Não	99	81,1
(S) Sim	23	18,9
Ambiente domiciliar com risco para quedas segundo AFB (dificuldades com escadas, presença de banheira, pouca iluminação e uso de tapetes)		
(N) Não	46	37,1
(S) Sim	78	62,9

Tabela 3. Tempo de diagnóstico do diabetes mellitus, número e principais comorbidades e adesão ao tratamento por idosos diabéticos atendidos ambulatorialmente, em Hospital Público do Estado de São Paulo, Brasil, 2018 - 2019

VARIÁVEIS	N	%
Tempo de diagnóstico do diabetes (em anos)		
(1) ≤ 5	22	17,7
(2) 6 a 10	27	21,8
(3) ≥ 11	75	60,5
Número de comorbidades		
(1) Nenhuma	3	2,4
(2) 1 a 2	9	7,3
(3) 3 a 4	48	38,7
(4) ≥ 5	64	51,6
Principais comorbidades		
Hipertensão Arterial Sistêmica	108	87,1
Dislipidemia	76	61,3
Doença cardiovascular	63	50,8
Nefropatias	41	33,0
Doenças osteoarticulares	40	32,3
Retinopatia	32	25,8
Doenças cerebrovasculares	13	10,5
Neuropatia	4	3,2
Outras doenças	118	95,2
Adesão medicamentosa por BMQ		
Alta adesão (0)	2	1,6
Provável alta adesão (1)	8	6,4
Provável baixa adesão (2)	4	3,2
Baixa adesão (≥ 3)	110	88,7
Adesão ao tratamento para o diabetes por HbA1c		
(N) Não ($\text{HbA1c} > 7,5\%$)	48	38,7
(S) Sim ($\text{HbA1c} \leq 7,5\%$)	76	61,3

Tabela 4. Média, desvio padrão, mínima, máxima e mediana para as variáveis: idade, escolaridade, renda familiar, IMC e HbA1c de idosos diabéticos, atendidos ambulatorialmente. Hospital Público do Estado de São Paulo, 2018 - 2019

Variáveis	Média	Desvio padrão	Mínima	Máxima	Mediana
Idade	72,7	7,7	60,0	93,0	73,0
Escolaridade	4,5	3,9	0,0	16,0	4,0
Renda/salário	2,3	1,4	1,0	8,0	2,0
EDG	5,2	3,2	0,0	14,0	5,0
IMC	29,5	5,9	5,8	47,4	29,3
HbA1c	7,6	1,8	4,8	16,0	7,1

4.1.2. Análise bivariada

Verifica-se associação de depressão rastreada por EDG associadas às faixas de renda familiar ($p = 0,0287$), e de escolaridade ($p = 0,0049$) menores. As faixas de renda “ ≤ 2 ” e de “3 a 4” salários mínimos apresentam respectivamente 48,9% e 41,7% de idosos diabéticos com depressão, assim como aqueles nas faixas de escolaridade em anos “ < 1 ” (61,9%) e de “1 a 3” (58,1%) (Tabela 5).

Tabela 5. Associações entre características sociodemográficas e rastreamento de depressão por Escala de Depressão Geriátrica (EGD), de idosos diabéticos atendidos ambulatorialmente, em Hospital Público do Estado de São Paulo, Brasil, 2018 - 2019

Variáveis	Rastreamento de depressão por EDG				Total		p-valor
	Não		Sim				
	N	%	N	%	N	%	
Faixa etária (em anos)							
60 a 69	23	53,5	20	46,5	43	100,0	0,1205 (n.s.)
70 a 79	29	50,9	28	49,1	57	100,0	
≥ 80	18	75,0	6	25,0	24	100,0	
Sexo							
Feminino	35	50,7	34	49,3	69	100,0	0,1497 (n.s.)
Masculino	35	63,6	20	36,4	55	100,0	
Escolaridade (em anos)							
< 1	8	38,1	13	61,9	21	100,0	0,0049 (s.)
1 a 3	13	41,9	18	58,1	31	100,0	
4 a 6	29	60,4	19	39,6	48	100,0	
≥ 7	20	83,3	4	16,7	24	100,0	
Renda familiar (em salários mínimos)							
≤ 2	45	51,1	43	48,9	88	100,0	0,0287 (s.)
3 a 4	14	58,3	10	41,7	24	100,0	
≥ 5	11	91,7	1	8,3	12	100,0	
Moradia							
Própria	64	57,7	47	42,3	111	100,0	0,2817 (n.s.)
Alugada	4	66,7	2	33,3	6	100,0	
Cedida	2	28,6	5	71,4	7	100,0	
Com quem mora							
Sozinho	14	66,7	7	33,3	21	100,0	0,5407 (n.s.)
Com parceiro	26	56,5	20	43,5	46	100,0	
Com familiares	30	52,6	27	47,4	57	100,0	
Apoio social percebido (alguém que pode contar no caso de urgência/emergência ou doença)							
Não	9	45,0	11	55,0	20	100,0	0,2594 (n.s.)
Sim	61	58,6	43	41,4	104	100,0	

Quando a depressão é rastreada por AFB associa-se também à escolaridade ($p=0,0038$) e renda familiar ($p = 0,0194$) baixas, assim como estende associações para o sexo ($0,0037$) e ao apoio social não percebido ($p = 0,0077$) (Tabela 6).

Os idosos diabéticos com depressão aferida por AFB, atendidos ambulatorialmente, concentram-se nas faixas de escolaridade em anos: “< 1” (85,7%), “1 a 3” 64,5% e “4 a 6” (54,2%), assim como nas de renda familiar em salários mínimos: “≤ 2” (65,9%) e de “3 a 4” (41,7%). As mulheres são mais acometidas pela depressão (69,6%), comparadas aos homens (43,6%) (Tabela 6).

Dos idosos (100%) que se reconhecem desprovidos de alguém, no caso de necessidade de apoio em situações de urgência/emergência ou doença, 85,0% encontram-se rastreados com depressão (Tabela 6).

Tabela 6. Associações entre características sociodemográficas e rastreamento de depressão por Avaliação Funcional Breve (AFB) de idosos diabéticos atendidos ambulatorialmente, em Hospital Público do Estado de São Paulo, Brasil, 2018 - 2019

Variáveis	Rastreamento de depressão por AFB				Total		p-valor
	Não		Sim				
	N	%	N	%	N	%	
Faixa etária (em anos)							
60 a 69	18	41,9	25	58,1	43	100,0	0,6370
70 a 79	22	38,6	35	61,4	57	100,0	(n.s.)
≥ 80	12	50,0	12	50,0	24	100,0	
Sexo							
Feminino	21	30,4	48	69,6	69	100,0	0,0037
Masculino	31	56,4	24	43,6	55	100,0	(s.)
Escolaridade (em anos)							
< 1	3	14,3	18	85,7	21	16,9	0,0038
1 a 3	11	35,5	20	64,5	21	25,0	(s.)
4 a 6	22	25,8	26	54,2	48	38,7	
≥ 7	16	66,7	8	33,3	24	19,4	
Renda familiar (em salários mínimos)							
≤ 2	30	34,1	58	65,9	88	100,0	0,0194
3 a 4	14	58,3	10	41,7	24	100,0	(s.)
≥ 5	08	66,7	04	33,3	12	100,0	
Moradia							
Própria	49	44,1	62	55,9	111	100,0	0,2722
Alugada	2	33,3	4	66,7	6	100,0	(n.s.)
Cedida	1	14,3	6	85,7	7	100,0	
Com quem mora							
Sozinho	9	42,9	12	57,1	21	100,0	0,5299
Com parceiro	22	47,8	24	52,2	46	100,0	(n.s.)
Com familiares	21	36,8	36	63,2	57	100,0	
Apoio social percebido (alguém que pode contar no caso de urgência/emergência ou doença)							
Não	3	15,0	17	85,0	20	100,0	0,0077
Sim	49	47,1	55	52,9	104	100,0	(s.)

Houve associações entre os dois instrumentos de rastreamento de depressão, EDG e AFB ($p = 0,0001$), assim como entre acuidade visual com lentes, aferida por AFB e depressão ($p = 0,0020$) (Tabela 7).

Dos idosos (100%) avaliados com depressão pela AFB, 66,7% também foram aferidos por EDG (padrão ouro) (Tabela 7).

Verifica-se depressão em 81,8% de idosos que referem perda total de acuidade visual ou que não portavam lentes corretivas no momento do teste, assim como 53,5% daqueles que não conseguiam ler com suas lentes corretivas (Tabela 7).

Apesar de não haver associação significativa ($p = 0,0543$), 52,5% dos idosos com IU apresentam depressão por EDG (Tabela 7).

Tabela 7. Valor e p-valor do teste qui-quadrado para associações entre características clínicas e rastreamento de depressão por Escala de Depressão Geriátrica (EDG) de idosos diabéticos atendidos ambulatorialmente, em Hospital Público do Estado de São Paulo, Brasil, 2018 - 2019

Variáveis	Rastreamento de depressão por EDG				Total		p-valor
	Não		Sim				
	N	%	N	%	N	%	
Com diagnóstico médico de depressão (registro em prontuário e/ou referida)							0,1014 (n.s.)
(N) Não	64	59,3	44	40,7	108	100,0	
(S) Sim	6	37,5	10	62,5	16	100,0	
Depressão rastreada pela Escala de Avaliação Funcional Breve (AFB)							0,0001 (s.)
(N) Não	46	88,5	06	11,5	52	100,0	
(S) Sim	24	33,3	48	66,7	72	100,0	
Acuidade visual com lentes, aferida por AFB							0,0020 (s.)
Lê	48	68,6	22	31,4	70	100,0	
Não consegue ler	20	46,5	23	53,5	43	100,0	
Não se aplica (perda total da acuidade ou esqueceu as lentes)	02	18,2	09	81,8	11	100,0	
Acuidade auditiva ao teste por AFB							0,3732 (n.s)
Responde	53	59,9	37	41,1	90	100,0	
Não responde	17	50,0	17	50,0	34	100,0	
Incontinência Urinária (IU) referida segundo AFB							0,0543 (n.s)
(N) Não	42	64,6	23	35,4	65	100,0	
(S) Sim	28	47,5	31	52,5	59	100,0	
AVD/AIVD segundo AFB (consegue levantar, vestir-se, preparar refeições e fazer compras sem ajuda)							0,2531 (n.s)
(N) Não	18	48,6	19	51,4	37	100,0	
(S) Sim	52	59,8	35	40,2	87	100,0	
Função dos braços por AFB (toca as mãos na nuca e pega uma colher)							0,3445 (n.s)
(N) Não	12	66,7	6	33,3	18	100,0	
(S) Sim	58	54,7	48	45,3	106	100,0	
Capacidade de andar por AFB (levantar e andar por três metros)							0,2293 (n.s)
(1) Normal (≤ 12 segundos)	37	59,7	25	40,3	32	100,0	
(2) > 12 segundos	18	46,2	21	53,8	39	100,0	
(3) Uso de muletas e bengalas	13	72,2	5	27,8	18	100,0	
(4) Não deambula	2	40,0	3	60,0	5	100,0	

Tabela 7. Associações entre características clínicas e rastreamento de depressão por Escala de Depressão Geriátrica (EDG) de idosos diabéticos atendidos ambulatorialmente, em Hospital Público do Estado de São Paulo, Brasil, 2018 – 2019

(Continua)

Variáveis	Rastreamento de depressão por EDG				Total		p-valor
	Não		Sim		N	%	
	N	%	N	%			
Estado nutricional (AFB)							
(1) Baixo peso	00	0,0	00	00,0	00	0,0	0,0902 (n.s)
(2) Eutrofia	23	60,5	15	39,5	38	100,0	
(3) Sobrepeso/Obesidade	42	51,8	39	48,2	81	100,0	
(4) Sem possibilidade de aferição	05	100,0	00	00,0	05	100,0	
Estado mental por AFB (memoriza três palavras e repete-as depois de um minuto)							
(N) Não	51	51,5	48	48,5	99	100,0	0,0514 (n.s)
(S) Sim	17	73,9	06	26,1	23	100,0	
Ambiente domiciliar com risco para quedas segundo AFB (dificuldades com escadas, presença de banheira, pouca iluminação e uso de tapetes)							
(N) Não	30	65,2	16	34,8	46	100,0	0,1306 (n.s)
(S) Sim	40	51,3	38	48,7	78	100,0	
Apoio social percebido (alguém que pode contar no caso de urgência/emergência ou doença)							
(N) Não	09	45,0	11	55,0	20	100,0	0,2594 (n.s)
(S) Sim	61	58,7	43	41,3	104	100,0	

Há associação entre acuidade visual de idosos e AVD/AIVD, ajustada para retinopatia ($p = 0,0207$) (Tabela 8). Não conseguir ler com lentes corretivas independe do diagnóstico de retinopatia referido ou registrado no prontuário ($p = 0,0955$) (Tabela 9).

Tabela 8. Associação entre Acuidade visual com lentes e AVD/AIVD, controlada pela ausência de retinopatia em idosos diabéticos atendidos ambulatorialmente, em Hospital Público do Estado de São Paulo, Brasil, 2018 - 2019

Variável	AVD/AIVD ACOMETIDAS				Total		p-valor
	Não		Sim				
	N	%	N	%	N	%	
Acuidade visual com lentes, aferida por AFB							
Lê	13	22,0	46	78,0	59	100,0	0,0207 (s)
Não consegue ler	08	33,3	16	66,7	24	100,0	
Não se aplica (perda total da acuidade ou esqueceu as lentes)	06	66,7	03	33,3	09	100,0	

Tabela 9. Associação entre acuidade visual com lentes e AVD/AIVD, controlada pelo diagnóstico registrado no prontuário ou referido de retinopatia em idosos diabéticos, atendidos ambulatorialmente, em Hospital Público do Estado de São Paulo, Brasil, 2018 - 2019

Variável	AVD/AIVD ACOMETIDAS				Total		p-valor
	Não		Sim				
	N	%	N	%	N	%	
Acuidade visual com lentes, aferida por AFB							0,0955 (n.s.)
Lê	03	27,3	08	72,7	11	100,0	
Não consegue ler	05	26,3	14	73,7	19	100,0	
Não se aplica (perda total da acuidade ou esqueceu as lentes)	02	100,0	00	0,0	02	100,0	

Na Tabela 10 observa-se associação entre retinopatia e depressão rastreada por EDG ($p = 0,035$), uma vez 65,6% dos idosos com retinopatia serem aferidos com depressão pela escala referida.

Tabela 10. Associações entre características clínicas e rastreamento de depressão por Escala de Depressão Geriátrica (EDG) de idosos diabéticos atendidos ambulatorialmente, em Hospital Público do Estado de São Paulo, Brasil, 2018 - 2019

Variáveis	Rastreamento de depressão por EDG				Total		p-valor
	Não		Sim				
	N	%	N	%	N	%	
Tempo de diagnóstico do diabetes (em anos)							
(1) ≤ 5	16	72,7	6	27,3	22	100,0	0,2346 (n.s)
(2) 6 a 10	14	51,9	13	48,1	27	100,0	
(3) ≥ 11	40	53,3	35	46,7	75	100,0	
Número de comorbidades							
(1) Nenhuma	02	66,7	01	33,3	3	100,0	0,2242 (n.s)
(2) 1 a 2	08	88,9	01	11,1	9	100,0	
(3) 3 a 4	26	54,2	22	45,8	48	100,0	
(4) ≥ 5	34	53,1	30	46,9	64	100,0	
Principais comorbidades							
Hipertensão Arterial Sistêmica							0,2877 (n.s)
(N) Não	11	68,7	5	31,3	16	100,0	
(S) Sim	59	54,6	49	45,4	108	100,0	
Dislipidemia							0,4791 (n.s)
(N) Não	29	60,4	19	39,6	48	100,0	
(S) Sim	41	53,9	35	46,1	76	100,0	
Doença cardiovascular							0,0982 (n.s)
(N) Não	39	63,9	22	36,1	61	100,0	
(S) Sim	31	49,2	32	50,8	63	100,0	
Nefropatias							0,4089 (n.s)
(N) Não	49	59,0	34	41,0	83	100,0	
(S) Sim	21	51,2	20	48,8	41	100,0	
Doenças osteoarticulares							0,3486 (n.s)
(N) Não	45	53,6	39	46,4	84	100,0	
(S) Sim	25	62,5	15	37,5	40	100,0	
Retinopatia							0,0035 (s.)
(N) Não	59	64,1	33	35,9	92	100,0	
(S) Sim	11	34,4	21	65,6	32	100,0	
Doenças cerebrovasculares							0,4287 (n.s)
(N) Não	64	57,7	47	42,3	111	100,0	
(S) Sim	6	46,1	7	53,9	13	100,0	
Neuropatia							0,1972 (n.s)
(N) Não	69	57,5	51	42,5	120	100,0	
(S) Sim	1	25,0	03	75,0	4	100,0	
Outras doenças							0,1734 (n.s)
(N) Não	05	83,3	01	16,7	006	100,0	
(S) Sim	65	55,1	53	44,9	118	100,0	

Tabela 10. Associações entre características clínicas e rastreamento de depressão por Escala de Depressão Geriátrica (EDG) de idosos diabéticos atendidos ambulatorialmente, em Hospital Público do Estado de São Paulo, Brasil, 2018 – 2019

(Continua)

Variáveis	Rastreamento de depressão por EDG				Total		p-valor
	Não		Sim				
	N	%	N	%	N	%	
Adesão medicamentosa por BMQ							
Alta adesão (0)	1	50	1	50	2	100,0	0,5754
Provável alta adesão (1)	5	62,5	3	37,5	8	100,0	(n.s)
Provável baixa adesão (2)	3	75,0	1	25,0	4	100,0	
Baixa adesão (≥3)	61	55,5	49	44,5	110	100,0	
Adesão ao tratamento para o diabetes por HbA1c							
(N) Não (HbA1c >7,5%)	24	50,0	24	50,0	48	100,0	0,2495
(S) Sim (HbA1c ≤ 7,5%)	46	60,5	30	39,5	76	100,0	(n.s)

A tabela 11 mostra que a depressão quando rastreada por AFB associa-se à avaliada por EDG ($p = 0,0001$), à acuidade visual com lentes ($p = 0,0001$), à IU ($p = 0,0004$), à funcionabilidade dos braços ($p = 0,0007$), ao estado mental ($p = 0,0087$) e ao ambiente domiciliar com risco para quedas ($p = 0,0115$).

Dos 100% dos idosos rastreados com depressão por EDG (padrão ouro), 88,9% foram aferidos concomitantemente por AFB com a saúde mental acometida por depressão. A doença associa-se ao déficit de memorização, uma vez 64,7% dos 81,2% com essa deficiência, apresentarem depressão por AFB ($p = 0,0087$). Ademais, 74,6% daqueles que referiram incontinência urinária apresentar depressão ($p = 0,0004$) (Tabela 11).

Dos pacientes que não conseguem ler com lentes (100%), 72,1% deles foram rastreados com depressão ($p = 0,0001$), assim como 13,7% dos 94,4% dos idosos com função dos braços alterada ($p = 0,004$) (Tabela 11).

Associa-se à depressão rastreada por AFB, o ambiente domiciliar com risco para quedas ($p = 0,0115$) (Tabela 11), assim como comorbidades agrupadas como doenças osteoarticulares ($p = 0,0419$), 45% deles foram aferidos com depressão (Tabela 12).

Tabela 11. Associações entre características clínicas e rastreamento de depressão por Avaliação Funcional Breve (AFB) de idosos diabéticos atendidos ambulatorialmente, em Hospital Público do Estado de São Paulo, Brasil, 2018 - 2019

Variáveis	Rastreamento de depressão por AFB				Total		p-valor
	Não		Sim		N	%	
	N	%	N	%			
Com diagnóstico médico de depressão (registro em prontuário e/ou referida)							
(N) Não	48	44,4	60	55,6	108	100,0	0,1413 (n.s.)
(S) Sim	4	25,0	12	75,0	16	100,0	
Depressão rastreada pela Escala de Depressão Geriátrica (EDG)							
(N) Não (escore ≤ 5)	46	65,7	24	34,3	70	100,0	0,0001 (s.)
(S) Sim (escore ≥ 6)	6	11,1	48	88,9	54	100,0	
Acuidade visual com lentes, aferida por AFB							
Lê	40	57,1	30	42,9	70	100,0	0,0001 (s.)
Não consegue ler	12	27,9	31	72,1	43	100,0	
Não se aplica (perda total da acuidade ou esqueceu as lentes)	0	0,0	11	100,0	11	100,0	
Acuidade auditiva ao teste por AFB							
Responde	40	44,4	50	55,6	90	100,0	0,3570 (n.s)
Não responde	12	35,3	22	64,7	34	100,0	
Incontinência Urinária (IU) referida segundo AFB							
(N) Não	37	56,9	28	43,1	65	100,0	0,0004 (s.)
(S) Sim	15	25,4	44	74,6	59	100,0	
AVD/AIVD segundo AFB) (consegue levantar, vestir-se, preparar refeições e fazer compras sem ajuda)							
(N) Não	11	29,7	26	70,3	37	100,0	0,0725 (n.s.)
(S) Sim	41	47,1	46	52,9	87	100,0	
Função dos braços por AFB (toca as mãos na nuca e pega uma colher)							
(N) Não	1	5,6	17	94,4	18	100,0	0,0007 (s.)
(S) Sim	51	48,1	55	51,9	106	100,0	
Capacidade de andar por AFB (levantar-se e andar por três metros)							
(1) Normal (≤ 12 segundos)	30	48,4	32	51,6	62	100,0	0,5323 (n.s.)
(2) > 12 segundos	14	35,9	25	64,1	39	100,0	
(3) Uso de muletas e bengalas	6	33,3	12	66,7	18	100,0	
(4) Não deambula	2	40,0	3	60,0	5	100,0	

Tabela 11. Associações entre características clínicas e rastreamento de depressão, por Avaliação Funcional Breve (AFB) de idosos diabéticos atendidos ambulatorialmente, em Hospital Público do Estado de São Paulo, Brasil, 2018 – 2019

(Continua)

Variáveis	Rastreamento de depressão por AFB				Total		p-valor
	Não		Sim				
	N	%	N	%	N	%	
Estado nutricional (AFB)							
(1) Baixo peso	00	0,0	00	0,0	00	0,0	0,2737 (n.s.)
(2) Eutrofia	20	52,6	18	47,4	38	100,0	
(3) Sobrepeso/Obesidade	30	37,0	51	63,0	81	100,0	
(4) Sem possibilidade de aferição	2	40,0	3	60,0	5	100,0	
Estado mental por AFB							
(memoriza três palavras e repete-as depois de um minuto)							0,0087 (s.)
(N) Não	35	35,3	64	64,7	99	100,0	
(S) Sim	15	65,2	8	34,8	23	100,0	
Ambiente domiciliar com risco para quedas segundo AFB							
(dificuldades com escadas, presença de banheira, pouca iluminação e uso de tapetes)							0,0115 (s.)
(N) Não	26	56,5	20	43,5	46	100,0	
(S) Sim	26	33,3	52	66,7	78	100,0	

Tabela 12. Associações entre características clínicas e rastreamento de depressão por Avaliação Funcional Breve (AFB) de idosos diabéticos atendidos ambulatorialmente, em Hospital Público do Estado de São Paulo, Brasil, 2018 - 2019

Variáveis	Rastreamento de depressão por AFB				Total		p-valor
	Não		Sim				
	N	%	N	%	N	%	
Tempo de diagnóstico do diabetes (em anos)							
(1) ≤ 5	10	45,5	12	54,5	22	100,0	0,3134 (n.s)
(2) 6 a 10	13	48,1	14	51,9	27	100,0	
(3) ≥ 11	29	38,7	46	61,3	75	100,0	
Número de comorbidades							
(1) Nenhuma	1	33,3	2	66,7	3	100,0	0,5904 (n.s)
(2) 1 a 2	5	55,6	4	44,4	9	100,0	
(3) 3 a 4	17	35,4	31	64,6	48	100,0	
(4) ≥ 5	29	45,3	35	54,7	64	100,0	
Principais comorbidades							
Hipertensão Arterial Sistêmica							
(N) Não	7	43,8	9	56,2	16	100,0	0,8748 (n.s.)
(S) Sim	45	41,7	63	58,3	108	100,0	
Dislipidemia							
(N) Não	19	39,6	29	60,4	48	100,0	0,6731 (n.s)
(S) Sim	33	26,6	43	56,6	76	100,0	
Doença cardiovascular							
(N) Não	23	21,0	35	28,2	61	49,2	0,8787 (n.s)
(S) Sim	26	21,0	37	29,8	63	50,8	
Nefropatias							
(N) Não	34	41,0	49	59,0	83	100,0	0,7551 (n.s)
(S) Sim	18	43,9	23	56,1	41	100,0	
Doenças osteoarticulares							
(N) Não	30	35,7	54	64,3	84	100,0	0,0419 (s.)
(S) Sim	22	55,0	18	45,0	40	100,0	
Retinopatia							
(N) Não	39	42,4	53	57,6	92	100,0	0,8615 (n.s)
(S) Sim	13	40,6	19	59,4	32	100,0	
Doenças cerebrovasculares							
(N) Não	47	42,3	64	57,7	111	100,0	0,7885 (n.s)
(S) Sim	5	38,5	8	61,5	13	100,0	
Neuropatia							
(N) Não	51	42,5	69	57,5	120	100,0	0,4853 (n.s)
(S) Sim	1	25,0	3	75,0	4	100,0	
Outras doenças							
(N) Não	2	33,3	4	66,7	6	100,0	0,6616 (n.s)
(S) Sim	50	42,4	68	57,6	118	100,0	

Tabela 12. Associações entre características clínicas e rastreamento de depressão por Avaliação Funcional Breve (AFB) de idosos diabéticos atendidos ambulatorialmente, em Hospital Público do Estado de São Paulo, Brasil, 2018 – 2019

(Continua)

Variáveis	Rastreamento de depressão por AFB				Total		p-valor
	Não		Sim				
	N	%	N	%	N	%	
Adesão medicamentosa por BMQ							
Alta adesão (0)	0	0,0	2	100,0	2	100,0	0,3050
Provável alta adesão (1)	5	62,5	3	37,5	8	100,0	(n.s)
Provável baixa adesão (2)	3	75,0	1	25,0	4	100,0	
Baixa adesão (≥3)	44	40	66	60	110	100,0	
Adesão ao tratamento para o diabetes por HbA1c							
(N) Não (HbA1c >7,5%)	15	31,2	33	68,8	48	100,0	0,0553
(S) Sim (HbA1c ≤ 7,5%)	37	48,7	39	51,3	76	100,0	(n.s.)

A adesão ao tratamento medicamentoso, avaliada por BMQ, associa-se à renda familiar ($p = 0,0061$), de maneira que os casos de não adesão dos idosos ao tratamento medicamentoso se alocam nas faixas de renda familiar menores. Na faixa ≤ 2 salários mínimos concentram 40,9% de idosos avaliados com “baixa adesão” e 50,0 % que “não aderem” e na faixa de 3 a 4 salários mínimos, 20,8% aderidos com “baixa adesão” e 75,0% que “não aderem”. Dos que desfrutaram de ≥ 5 salários mínimos, 41,7% são avaliados em situação de “provável adesão” (Tabela 13).

Tabela 13. Associações entre características sócio demográficas e adesão ao tratamento medicamentoso classificado por BMQ, de idosos diabéticos atendidos ambulatorialmente, em Hospital Público do Estado de São Paulo, Brasil, 2018 - 2019

Variáveis	Classificação de adesão por BMQ						Total		p-valor
	Baixa		Não adere		Provável Adesão				
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Faixa etária (em anos)									
(1)60 a 69	12	27,9	26	60,5	5	11,6	43	100,0	0,7357
(2)70 a 79	22	38,6	28	49,1	7	12,2	57	100,0	(n.s.)
(3) ≥ 80	10	41,7	12	50,0	2	8,3	24	100,0	
Sexo									
Feminino	22	31,9	38	55,1	9	13,0	69	100,0	0,5795
Masculino	22	40,0	28	50,9	5	9,1	55	100,0	(n.s.)
Escolaridade (em anos)									
(1) < 1	10	47,6	11	52,4	0	0,0	21	100,0	0,2135 (n.s.)
(2) 1 a 3	10	32,3	18	58,1	3	9,7	31	100,0	
(3) 4 a 6	16	33,3	27	56,3	5	10,4	48	100,0	
(4) ≥ 7	8	33,3	10	41,7	6	25,0	24	100,0	
Renda familiar (em salários mínimos)									
≤ 2	36	40,9	44	50,0	8	9,1	88	100,0	0,0061
3 a 4	5	20,8	18	75,0	1	4,2	24	100,0	(s.)
≥ 5	3	25,0	4	33,3	5	41,7	12	100,0	
Moradia									
Própria	39	35,1	59	53,2	13	11,7	111	100,0	0,8923
Alugada	2	33,3	3	50,0	01	16,7	6	100,0	(n.s.)
Cedida	3	42,9	4	57,1	00	0,0	7	100,0	
Com quem mora									
Sozinho	11	52,4	9	42,9	1	4,8	21	100,0	0,3965
Com parceiro	14	30,4	25	54,4	7	15,2	46	100,0	(n.s.)
Com familiares	19	33,3	32	56,1	6	10,5	57	100,0	
Apoio social percebido (alguém que pode contar no caso de urgência/emergência ou doença)									
Não	9	45,0	8	40,0	3	15,0	20	100,0	0,4611
Sim	35	33,7	58	55,8	11	10,6	104	100,0	(n.s.)
Ambiente domiciliar com risco para quedas segundo AFB (dificuldades com escadas, presença de banheira, pouca iluminação e uso de tapetes)									
(N) Não	17	37,0	25	54,4	4	8,7	46	100,0	0,7796
(S) Sim	27	34,6	41	52,6	10	12,8	78	100,0	(n.s.)

Tabela 14. Associações entre características clínicas e adesão ao tratamento medicamentoso, segundo classificação por BMQ, de idosos diabéticos atendidos ambulatorialmente, em Hospital Público do Estado de São Paulo, Brasil, 2018 - 2019

Variáveis	Classificação de adesão por BMQ						Total		p-valor	
	baixo		Não adere		Provável adesão					
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Com diagnóstico médico de depressão (registro em prontuário e/ou referida)										0,7091 (n.s)
(N) Não	37	34,2	59	54,6	12	11,1	108	100,0		
(S) Sim	7	43,8	7	43,8	2	12,5	16	100,0		
Depressão rastreada pela Escala de Depressão Geriátrica (EDG)										0,4878 (n.s)
(N) Não (escore ≤ 5)	27	38,6	34	48,6	9	12,9	70	100,0		
(S) Sim (escore ≥ 6)	17	31,5	32	59,3	5	9,3	54	100,0		
Depressão rastreada pela Escala de Avaliação Funcional Breve (AFB)										0,4058 (n.s)
(N) Não	19	36,5	25	48,1	8	15,4	52	100,0		
(S) Sim	25	34,7	41	56,9	6	8,3	72	100,0		
Tempo de diagnóstico do diabetes (em anos)										0,3105 (n.s)
(1) ≤ 5	9	45,0	13	59,0	0	0,0	22	100,0		
(2) 6 a 10	12	44,4	11	40,7	4	14,8	27	100,0		
(3) ≥ 11	23	30,7	42	56,0	10	13,3	75	100,0		
Número comorbidades										0,3575 (n.s)
(1) Nenhuma	0	0,0	2	66,7	1	33,3	3	100,0		
(2) 1 a 2	4	44,4	4	44,4	1	11,1	9	100,0		
(3) 3 a 4	22	45,8	22	45,8	4	8,3	48	100,0		
(4) ≥ 5	18	28,1	38	59,4	8	12,5	64	100,0		
Principais comorbidades										0,5963 (n.s)
Hipertensão Arterial Sistêmica										
(N) Não	5	31,3	8	50,0	3	18,7	16	100,0		
(S) Sim	39	36,1	58	53,7	11	10,2	108	100,0		
Dislipidemia										0,8974 (n.s)
(N) Não	16	33,0	26	54,2	6	12,5	48	100,0		
(S) Sim	28	36,8	40	52,6	8	10,5	76	100,0		
Doença cardiovascular										0,4156 (n.s)
(N) Não	25	41,0	29	47,5	7	11,5	61	100,0		
(S) Sim	19	30,2	37	58,7	7	11,1	63	100,0		
Nefropatias										0,8247 (n.s)
(N) Não	31	37,4	43	51,8	9	10,8	83	100,0		
(S) Sim	13	31,7	23	56,1	5	12,2	41	100,0		
Doenças osteoarticulares										0,1321 (n.s)
(N) Não	34	40,5	43	51,2	7	8,3	84	100,0		
(S) Sim	10	25,0	23	57,5	7	17,5	40	100,0		

Tabela 14. Associações entre características clínicas e adesão ao tratamento medicamentoso segundo classificação por BMQ, de idosos diabéticos atendidos ambulatorialmente, em Hospital Público do Estado de São Paulo, Brasil, 2018 – 2019

(Continua)

Variáveis	Classificação de adesão por BMQ						Total		p-valor
	Baixa		Não adere		Provável adesão				
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Retinopatia									
(N) Não	36	39,1	46	50,0	10	10,9	92	100,0	0,3519 (n.s)
(S) Sim	8	25,0	20	62,5	4	12,5	32	100,0	
Doenças cerebrovasculares									
(N) Não	39	35,1	59	53,2	13	11,7	111	100,0	0,9031 (n.s)
(S) Sim	5	38,5	7	53,9	1	7,7	13	100,0	
Neuropatia									
(N) Não	43	35,8	63	52,5	14	11,7	120	100,0	0,6179 (n.s)
(S) Sim	1	25,0	3	75,0	0	0,0	4	100,0	
Outras doenças									
(N) Não	2	33,3	3	50,0	1	16,7	6	100,0	0,9130 (n.s)
(S) Sim	42	35,6	63	53,4	13	11,0	118	100,0	
Adesão ao tratamento para o diabetes por HbA1c									
(N) Não (HbA1c >7,5%)	14	29,2	29	60,4	5	10,4	48	100,0	0,4286 (n.s)
(S) Sim (HbA1c ≤ 7,5%)	30	39,5	37	48,7	9	11,8	76	100,0	

O risco de não adesão ao tratamento medicamentoso por BMQ associa-se ao estado mental avaliado por AFB, especificamente ao fato de não responderem ao teste de memorização de três palavras e repeti-las depois de um minuto ($p = 0,0420$). Dos idosos que não corresponderam ao teste (99; 100%), 56 (56,6%) alocam-se na classificação dos que “não aderem” e 35 (35,4%) como “baixa adesão”, somente 8 (8,0%) com “provável adesão” (Tabela 15).

Tabela 15. Associações entre características clínicas segundo AFB e adesão ao tratamento medicamentoso por classificação BMQ, de idosos diabéticos atendidos ambulatorialmente, em Hospital Público do Estado de São Paulo, Brasil, 2018 - 2019

Variáveis	Classificação de adesão por BMQ						Total		p-valor
	Baixa		Não adere		Provável adesão				
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Acuidade visual com lentes, aferida por AFB									
Lê	27	38,6	34	48,6	9	12,9	70	100,0	0,5086 (n.s)
Não consegue ler	12	27,9	26	60,5	5	11,6	43	100,0	
Não se aplica (perda total da acuidade ou esqueceu as lentes)	5	45,5	6	54,5	0	0,0	11	100,0	
Acuidade auditiva ao teste por AFB									
Responde	32	35,6	51	56,7	7	7,8	90	100,0	0,1155 (n.s)
Não responde	12	35,3	15	44,1	7	20,6	34	100,0	
Incontinência Urinária (IU) referida segundo AFB									
(N) Não	23	35,4	32	49,2	10	15,4	65	100,0	0,2955 (n.s)
(S) Sim	21	35,6	34	57,6	4	6,8	59	100,0	
AVD/AIVD segundo AFB (consegue levantar, vestir-se, preparar refeições e fazer compras sem ajuda)									
(N) Não	15	40,5	20	54,1	2	5,4	37	100,0	0,3671 (n.s)
(S) Sim	29	33,3	46	52,9	12	13,8	87	100,0	
Função dos braços por AFB (toca as mãos na nuca e pega uma colher)									
(N) Não	8	44,4	9	50,0	1	5,6	18	100,0	0,5681 (n.s)
(S) Sim	36	34,0	57	53,8	13	12,3	106	100,0	
Capacidade de andar por AFB (levantar e andar por três metros)									
(1) Normal (≤ 12 segundos)	24	38,7	29	46,8	9	14,5	62	100,0	0,4525 (n.s)
(2) > 12 segundos	10	25,6	26	66,7	3	7,7	39	100,0	
(3) Uso de muletas e bengalas	7	38,9	9	50,0	2	11,1	18	100,0	
(4) Não deambula	3	60,0	2	40,0	0	0,0	5	100,0	
Estado nutricional (AFB)									
(1) Baixo peso	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0985 (n.s)
(2) Eutrofia	17	44,7	18	47,4	3	7,9	38	100,0	
(3) Sobrepeso/Obesidade	23	28,4	47	58,0	11	13,6	81	100,0	
(4) Sem possibilidade de aferição	4	80,0	1	20,0	0	0,0	5	100,0	

Tabela 15. Associações entre características clínicas segundo AFB e adesão ao tratamento medicamentoso por classificação BMQ, de idosos diabéticos atendidos ambulatorialmente, em Hospital Público do Estado de São Paulo, Brasil, 2018 – 2019

(Continua)

Variáveis	Classificação de adesão por BMQ						Total		p-valor
	Baixa		Não adere		Provável adesão				
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Estado mental por AFB									
(memoriza três palavras e repete-as depois de um minuto)									
(N) Não	35	35,4	56	56,6	8	8,0	99	100,0	0,0420 (s.)
(S) Sim	8	34,8	9	39,1	6	26,0	23	100,0	
Ambiente domiciliar com risco para quedas segundo AFB (dificuldades com escadas, presença de banheira, pouca iluminação e uso de tapetes)									
(N) Não	17	37,0	25	54,3	4	8,7	46	100,0	0,7796 (n.s)
(S) Sim	27	34,6g	41	52,6	10	12,8	78	100,0	
Depressão rastreada pela Escala de Avaliação Funcional Breve (AFB)									
(N) Não	19	36,5	25	48,0	8	15,4	52	100,0	0,4058 (n.s)
(S) Sim	25	34,7	41	56,9	6	8,3	72	100,0	

4.1.3. Análise multivariada

Considerando modelo de regressão múltipla *Stepwise* para os desfechos relativos à adesão ao tratamento e à comorbidade depressão, utilizou-se para avaliar adesão ao tratamento dois parâmetros, o primeiro bioquímico - hemoglobina glicada (HbA_{1c}) $\leq 7,5\%$ e o segundo adesão ao tratamento medicamentoso, por meio de BMQ. Para o desfecho depressão empregou-se a rastreada por AFB.

Encontram-se em tabelas, somente as associações significativas para os desfechos depressão e HbA_{1c} $\leq 7,5\%$, uma vez não encontrada nenhuma associação de BMQ com demais variáveis explanatórias.

Quanto ao desfecho depressão verifica-se as variáveis explanatórias:

- (1) Idade – fator protetor para depressão com o aumento da faixa etária (OR=0.924; 95% IC 0,871-0.980; p=0.0083) (Tabela 16);
- (2) Estado mental preservado (capacidade de memorização) – fator protetor para depressão (OR=0,361; 95% IC 0,151-0,862; p=0,0218 (Tabela 16);

- (3) Hb1Ac como variável contínua – a cada unidade de elevação de Hb1Ac aumenta em 30% a chance de depressão (OR=1,288; 95% IC 0,871-0,980; p=0,0083 (Tabela 16);
- (4) IU - fator de risco para depressão 5,6 vezes (OR=5,580; 95% IC 2,250-13,838; p=0,0002) (Tabela 16).

Para o desfecho adesão ao tratamento, mais especificamente para $HbA_{1c} \leq 7,5\%$ verifica-se que dispor de capacidade de ler com lentes corretivas protege em 25% as chances de o idoso apresentar o parâmetro compatível com a não adesão ($HbA_{1c} > 7,5\%$) (OR=0,74; 95% IC 0,195-2,614;p=0,4303) (Tabela 17).

Tabela 16. Análise multivariada por *Stepwise* para associação das variáveis independentes com a dependente (desfecho) depressão por Avaliação Funcional Breve (AFB) como resposta e demais variáveis como explanatórias, referentes a idosos diabéticos atendidos ambulatorialmente, em Hospital Público do Estado de São Paulo, Brasil, 2018 – 2019

Variáveis	Categorias	Odds Ratio (IC95%)	p-valor
Incontinência Urinária (IU)	(S) Sim	5,580 (2,250-13,838)	0,0002
	(N) Não	1	
Estado mental por AFB (memoriza três palavras e repete-as depois de um minuto)	(S) Sim	0,361 (0,151-0,862)	0,0218
	(N) Não	1	-
Hemoglobina glicada como variável contínua (HbA1c)	-	1,288 (0,871-0,980)	0,0083
Idade como variável contínua	-	0,924 (0,871-0,980)	0,0083

Tabela 17. Análise multivariada por *Stepwise* para associação da variável independente acuidade visual com lentes aferida por AFB com a dependente (desfecho) adesão ao tratamento do diabetes por parâmetro bioquímico hemoglobina glicada ($HbA1c \leq 7,5\%$) de idosos diabéticos atendidos ambulatorialmente, em Hospital Público do Estado de São Paulo, Brasil, 2018 – 2019

Variáveis	Categorias	Odds Ratio (IC95%)	p-valor
Acuidade visual com lentes, aferida por AFB	Lê X Não se aplica (perda total da acuidade ou esqueceu as lentes)	0,251 (0,895-0,0049)	0,0049
	Não consegue ler X Não se aplica (perda total da acuidade ou esqueceu as lentes)	0,714 (0,195-2,614)	0,4303

4.2. Análise de acurácia entre as escalas AFB e EDG

Considera-se a concordância moderada de acurácia para rastreamento de depressão da AFB em relação à EDG (Kappa = 0,53), sendo a AFB com maior sensibilidade (88,9%), porém com menor especificidade em relação à EDG. Desta forma, quando o idoso rastreado com depressão pela AFB, recomenda-se confirmar o resultado com aplicação posterior de EDG (Tabela 18).

Tabela 18. Acurácia da Escala de Avaliação Funcional Breve (AFB), relacionada à Escala de Depressão Geriátrica (EDG), para rastreamento ambulatorial de depressão em idosos diabéticos. Hospital Público do Estado de São Paulo, 2018 - 2019

Depressão rastreada por AFB	Depressão rastreada por EDG				TOTAL		Teste
	Não		Sim		N	%	
	N	%	N	%			
Não	46	37,1	6	4,8	52	41,9	Concordância de Kappa = 0,53
Sim	24	19,3	48	38,7	72	58,1	
TOTAL	70	56,4	54	43,5	124	100,0	

EDG: Escala de Depressão Geriátrica

AFB: Avaliação Funcional Breve

Valor Preditivo Positivo (VPP) = 67% (erra 33% para +)

Valor Preditivo Negativo (VPN)= 88,9% (erra 11,1% para -)

Sensibilidade de AFB = 88,9%

Especificidade de AFB = 67%

5. DISCUSSÃO

Pode-se considerar operacional e de fácil aplicação o instrumento proposto para coleta de dados em consulta de enfermagem geriátrica ambulatorial, para triagem funcional e de adesão ao tratamento do diabético, com duração média de 15 minutos. Tempo suficiente para caracterizar o idoso sociodemograficamente (faixa etária, escolaridade em anos, renda familiar em salários mínimos, propriedade da moradia, com quem mora, apoio social percebido), avaliar as áreas clínicas comumente comprometidas no idoso, como: visão, audição, função de membros superiores e inferiores, continência urinária, estado nutricional, cognição e afeto, AVD/AIVD, ambiente domiciliar para risco de quedas, assim como adesão ao tratamento.

A maioria dessas áreas clínicas, quando afetadas, comprometem profundamente a qualidade de vida dos idosos e, portanto a literatura aponta-as como sendo as sete síndromes geriátricas: quedas, incontinência urinária, declínio funcional, déficit na acuidade auditiva mesmo usando aparelhos, déficit visual importante mesmo com o uso de lentes corretivas, insônia e sinais de distúrbios depressivos (Inouye et al., 2007, Kharrazi et al., 2018).

Os resultados oriundos da aplicação do instrumento de coleta de dados proposto por este estudo, a princípio, foram interpretados à luz da Taxonomia II dos Diagnósticos de Enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association International - NANDA-I* (NANDA-I, 2018).

A partir desse julgamento clínico levantou-se quatro Diagnósticos de Enfermagem (DE), sendo dois de risco e dois com foco nos problemas: (1) Risco de Síndrome do Idoso Frágil (Domínio 1. Promoção de Saúde; Classe 2. Controle da Saúde); (2) Risco de Síndrome do Desequilíbrio Metabólico (Domínio 2. Nutrição; Classe 4. Metabolismo); (3) Eliminação urinária prejudicada (Domínio 3. Eliminação e troca, Classe 1. Função urinária); (4) Risco de quedas (Domínio 11. Segurança/proteção, Classe 2. Lesão física) (NANDA-I, 2018).

Trata-se de idosos pertencentes à população em risco, mais especificamente em Risco de Síndrome do Idoso Frágil. Diagnóstico de Enfermagem (DE) definido pela NANDA-I (2018, p. 152) como a “susceptibilidade a estado dinâmico de equilíbrio instável que afeta o idoso que passa por deterioração em um ou mais domínio de saúde (físico, funcional, psicológico ou social) e leva ao aumento da susceptibilidade a efeitos de saúde adversos, em particular à incapacidade”.

Para a NANDA-I (2018, p. 24) população em risco são “grupos que partilham alguma característica que faz cada membro ser suscetível à determinada resposta humana, como:

características sociodemográficas, história de saúde/familiar, estágios de crescimento/desenvolvimento ou exposição a determinados eventos/experiências”.

Desta forma, o grupo de idosos diabéticos atendidos ambulatorialmente caracterizou-se como população em risco, por apresentar quatro itens dos 10 previstos pelo DE levantado: idade > 70 anos ($72,7 \pm 7,7$ anos), baixo nível educacional ($4,5 \pm 3,9$ anos de escolaridade), sexo feminino (56,0%) e desfavorecido economicamente (renda familiar de $2,3 \pm 1,4$ salários mínimos). Duas dessas variáveis associadas estatisticamente ao rastreamento de depressão, tanto por EDG quanto por AFB, como faixas de renda familiar ($p=0,0287$; $p = 0,0194$) e de escolaridade ($p = 0,0049$; $p=0,0038$) menores (Tabela 5 e 6).

Os determinantes sociais podem ser considerados, em grande parte, responsáveis pela iniquidade no acesso aos cuidados de saúde (Carrapato et al., 2017), muito mais que os clínicos e, na maioria das vezes não modificáveis pela equipe interdisciplinar de saúde, pois dependem de políticas econômicas e sociais governamentais abrangentes e em longo prazo, para aumentar o índice de desenvolvimento humano (IDH) do país, e assim, diminuir as iniquidades.

Estudo populacional demonstrou que o idoso desfavorecido socioeconomicamente apresenta piores condições de saúde, uma vez exposto a alta prevalência de síndromes geriátricas, mesmo aquele morando em país com altos índices de desenvolvimento econômico e social. A exemplo de Estocolmo, capital da Suécia, a prevalência de síndromes geriátricas foi de 70,0%, variando de 1,9% para depressão a 39,1% para insônia e o desfavorecimento financeiro foi o que se associou a maior risco de síndromes geriátricas, independentemente do comportamento e do estado de saúde (Rausch et al., 2019).

Neste estudo, conduzido com idosos diabéticos atendidos em ambulatório referenciado pelo SUS, além do desfavorecimento econômico afetar consideravelmente esses idosos, verificou-se que o registro da comorbidade depressão no prontuário ou referida pelo idoso foi considerado baixo (12,9%), quando comparado à comorbidade rastreada pelas escalas EDG (43,5%) e AFB (58,1%) (Tabela 2).

Comorbidade esta que, deveria ser considerada de alto interesse clínico para intervenção, tendo em vista que a depressão está associada ao aumento considerável da mortalidade, em pessoas com diabetes, principalmente naquelas com mais de 65 anos, o risco aumenta 78% quando comparado com aquelas que não apresentam a comorbidade (Kimbrow et al., 2014), a exemplo do aumento em 20% do risco de insuficiência renal crônica, em comparação com pacientes não deprimidos (Novak et al., 2016).

O diagnóstico e o tratamento da depressão em diabéticos parece ser um fenômeno mundial, subestimados não só nesta realidade (12,9%), assim como na China, aproximadamente, 6,9% de clínicos não psiquiatras foram capazes de identificar as características clínicas de transtornos de ansiedade ou depressão e apenas 4,5% diagnosticaram e trataram esses transtornos (Hao et al., 2015). Fato detectado em outros países, por meio de revisão sistemática, apontando que, a avaliação dos sintomas psicológicos e físicos e os encaminhamentos se davam inadequadamente, conferindo barreira para o atendimento de pacientes ambulatoriais com depressão e doença crônica (Fradgley et al., 2015).

A contento, pode-se considerar o contexto de saúde aqui estudado relevante para intervenção junto aos idosos diabéticos pesquisados, uma vez rastreamento de depressão apontar entre 43,5% e 58,1%, junto com o sobrepeso/obesidade (65,3%), considerados fatores de riscos para o DE Risco de Síndrome do Idoso Frágil, associados a outras condições levantadas nos idosos e consideradas, também, pelo DE Risco de Síndrome do Idoso Frágil: (a) alteração da função cognitiva, (b) déficit sensorial, (c) disfunção da regulação endócrina, (d) doença crônica e (e) transtorno psiquiátrico (NANDA-I, 2018).

Todas essas condições compuseram o perfil clínico e de adesão dos idosos aqui estudados e, portanto, corroborando o DE, conforme exposto. Pouco mais da metade dos idosos apresentaram cinco ou mais comorbidades (51,6%), sendo as três primeiras: HAS, dislipidemia e doença cardiovascular, 38,7% deles com o parâmetro bioquímico $HbA1c > 7,5\%$, portanto compatível com diabetes descompensada (Tabela 3). Condição esta, que expõe o idoso à fragilização de sua saúde mental, considerando que a cada unidade de elevação de $Hb1Ac$ aumenta em 30% a chance de depressão ($OR=1,288$; 95% IC 0,871-0,980; $p=0,0083$) (Tabela 16). Ademais, dois terços aproximados apresentam-se com sobrepeso/obesidade (65,3%) (Tabela 2), sendo 88,7% avaliados com baixa adesão ao tratamento medicamentoso, associada estatisticamente às faixas menores de renda familiar ($p=0,0061$) (Tabela 13) e ao estado mental e, especificamente, à dificuldade de memorização ($p=0,0420$) (Tabela 15).

Apesar de outros estudos terem encontrado relação entre $HbA1c$ e depressão em pessoas diabéticas (Picozzi Deluca, 2019; Schimitz et al., 2020), os mecanismos implícitos de reciprocidade ainda precisam ser melhor investigados (Schimitz et al., 2020). Contudo a $HbA1c$ oferece vantagens ao refletir níveis glicêmicos dos últimos três a quatro meses e ao sofrer menor variabilidade dia a dia e independe do estado de jejum para sua determinação (SBD, 2017). Contudo o último consenso entre SBEM, SBPC-ML, SBEM, FENAD (2017/2018), o marco de

referência de validade do resultado de HbA1c foi limitado no máximo de 12 semanas (90 dias) e para avaliação da adesão do idoso ao tratamento (sim $\leq 7,5\%$; não $> 7,5\%$).

Quanto à grande porcentagem de idosos apresentar dificuldade de memorização, ou seja, 81,1% não conseguem memorizar três palavras e repeti-las depois de um minuto, pode estar associada à disfunção microvascular ocasionada pelo diabetes e, portanto, à pior memória e velocidade de processamento, mas não a pior função executiva. Desta forma, esse estudo mostrou que a disfunção microvascular está associada a pior desempenho cognitivo, uma vez o coeficiente beta ajustado à associação entre o escore de disfunção microvascular e o escore de função cognitiva foi equivalente a dois anos de envelhecimento para cada escore de disfunção microvascular (Rensma et al., 2019).

Ademais, o déficit/perda de acuidade visual corrigida por lentes, neste estudo, também se associou à depressão ($p=0,0020$; $p=0,0001$) (Tabela 7 e 11). Resultado apontando a necessidade de se aprofundar a compreensão das razões que têm dificultado esses idosos a se beneficiarem de melhor acuidade visual e se essas são modificáveis. Uma vez, análises estatísticas demonstrarem que dispor de capacidade de ler com lentes corretivas tem protegido em 25% as chances de o idoso apresentar o parâmetro bioquímico HbA1c $> 7,5\%$, compatível com a não adesão ao tratamento do diabetes (OR=0,74; 95% IC 0,195-2,614; $p=0,4303$) (Tabela 17) e que, apesar da comorbidade retinopatia associar à depressão ($p=0,035$) (Tabela 10), não conseguir ler com lentes corretivas não dependeu do diagnóstico de retinopatia referido ou registrado no prontuário ($p=0,0955$) (Tabela 9).

Considerando o contexto socioeconômico, clínico e de adesão ao tratamento, conforme já exposto, emergiu o segundo DE, Risco de Síndrome do Desequilíbrio Metabólico, definido como “susceptibilidade a um agrupamento tóxico de fatores bioquímicos e fisiológicos associados ao desenvolvimento de doença cardiovascular decorrente de obesidade e diabetes tipo2 que pode comprometer a saúde” (NANDA-I, 2018, p. 179).

O DE Risco de Síndrome do Desequilíbrio Metabólico reúne sete DE (NANDA-I, 2018), dos quais seis estão presentes:

- (a) Comportamento de saúde propenso a risco caracterizado por falha em agir de forma a prevenir problemas de saúde (NANDA-I, p. 143);
- (b) Controle ineficaz da saúde, caracterizado por falha em agir para reduzir fatores de risco e incluir o regime de tratamento na vida diária (NANDA-I, p. 144);
- (c) Manutenção ineficaz da saúde associado à população de risco, à alteração na função cognitiva e a transtornos perceptivos (NANDA-I, p. 146);

- (d) Sobrepeso (NANDA-I, p. 170);
- (e) Obesidade (NANDA-I, p. 169);
- (f) Risco de glicemia instável relacionada a alteração do estado mental e a falta de adesão ao plano de controle do diabetes (NANDA-I, 2018, p. 176).

O terceiro DE proposto é Eliminação urinária prejudicada, caracterizada por incontinência urinária (NANDA-I, 2018, p. 187), outra condição associada estatisticamente à depressão do idoso diabético ($p=0,0004$) e apontada por este estudo como comorbidade que aumenta em 5,6 vezes as chances de depressão ($OR=5,580$; 95% IC 2,250-13,838; $p=0,0002$) (Tabela 16), principalmente as idosas (62,0%).

A IU é considerada uma das síndromes geriátricas mais prevalentes, associada à morbidade e à má qualidade de vida (QV) e os idosos com depressão são mais propensos a ter uma QV ruim relacionada à IU ($OR\ 8,54$, 95% IC 1,43-51,15) (Kim et al., 2019).

Trata-se a IU de um problema de saúde pública mundial e epidemiologicamente relevante, porém ainda invisível às políticas públicas, aos órgãos formadores e, conseqüentemente, à avaliação clínica e às intervenções. Esse contexto vem impondo a milhões de pessoas ao redor do mundo, principalmente mulheres, vivenciar uma experiência de difícil enfrentamento, por não se beneficiarem do conhecimento técnico-científico voltado à prevenção e à reabilitação da IU (Delarmelindo et al., 2013).

O quarto DE levantado foi Risco de Quedas Relacionado a Fatores de Riscos Ambientais e Fisiológicos (NANDA-I, 2018). Os ambientais, uma vez 62,9% viverem em ambiente domiciliar com risco para quedas, inclusive convivendo com barreiras como escadas que impõem dificuldades, ambientes com iluminação deficiente e uso de tapetes. Os fatores de riscos fisiológicos também podem estar relacionados, como: incontinência urinária (47,6%), visão prejudicada (34,7%), alteração da glicemia sanguínea, em face de o risco de baixa adesão medicamentosa por BMQ (88,7%) e 38,7 apresentarem-se com $HbA1c > 7,5\%$.

Pesquisa qualitativa acerca da experiência de idosos com quedas, seguidas de fraturas do fêmur, sinalizou a necessidade de implementação de programa continuado de prevenção de quedas, com estratégias de ensino que estimulem o idoso a refletir sobre a concretude de contextos, nos quais haja risco de ocorrências do agravo à sua saúde, uma vez os idosos se reconhecerem vulneráveis a quedas na concretude da fratura (Carvalho, Bocchi, 2017).

Análise comparativa do risco de quedas entre pacientes com e sem diabetes mellitus tipo 2 não mostrou diferença estatística entre o número de quedas para os grupos, entretanto os não diabéticos obtiveram melhor desempenho no teste *Timed Up and Go* (TUG), quando

observadas as categorias de risco. A redução da acuidade visual e a dificuldade para se levantar foram as mais referidas no grupo de diabéticos. Os autores concluíram que parece haver uma associação entre estado hiperglicêmico e piora da mobilidade, com risco aumentado de quedas, mesmo em pacientes mais jovens e com menor tempo de doença (Oliveira et al., 2012).

Considerando os resultados desta pesquisa e as evidências científicas apontando a prevalência maior de depressão em pacientes com DM2 (Ducat et al., 2014; Perrin et al., 2017; Hunter et al., 2018), associado a baixo controle glicêmico (Alramadan et al, 2018), mediante suas dificuldades para o seguimento de recomendações, como: dieta alimentar, exercício físico regular, automonitorização da glicemia e tratamento farmacológico. Contexto este que tornaram pessoas com depressão predisponentes à baixa adesão ao tratamento do diabetes e, conseqüentemente, mais vulneráveis para: nefropatia, neuropatia, retinopatia, doenças cerebrovasculares e cardiovasculares, principalmente em mulheres e em pessoas com HAS associada (64,2%) (Kayar et al, 2017).

Esta pesquisa sugere que o rastreamento de depressão seja priorizado no diabético e para subsidiar os profissionais nesse processo, esta pesquisa aferiu a acurácia da Avaliação Funcional Breve (AFB), com um item, o nove, comparada à da Escala de Depressão Geriátrica (EDG), de 15 itens específicos para rastreamento de depressão em idosos. Verificou-se concordância moderada de acurácia para rastreamento de depressão da AFB em relação à EDG (Kappa = 0,53), sendo a AFB com maior sensibilidade (88,9%), porém com menor especificidade em relação à EDG. Desta forma, quando o idoso rastreado com depressão pela AFB, recomenda-se confirmar o resultado com aplicação posterior de EDG (Tabela 18).

Consideraram-se limitações do estudo:

- (1) Não avaliar o sono/repouso dos idosos, dentre as síndromes geriátricas, apontada como aquela que mais afeta os idosos, muito mais (39,1%), do que a depressão (1,9%), em estudo internacional (Rausch et al., 2019);
- (2) Ter investigado a incontinência urinária isoladamente, uma vez estudo mostrar que a dupla incontinência (urinária e fecal) pode afetar o idoso e em maior proporção (37,3%), quando comparada à urinária (10,2%) (Silva et al., 2016).
- (3) Não ter utilizado a medida da panturrilha para avaliar a condição nutricional de idosos que não deambulavam;
- (4) Não ter avaliado a Probabilidade de Internações Repetidas do Idoso (Pir) (Perez, Lourenço, 2013).

Quanto as contribuições para a Enfermagem e produto, esta pesquisa, de alguma forma, mostra que o enfermeiro em níveis ambulatoriais poderia assumir a responsabilidade junto à equipe interdisciplinar, no gerenciamento do cuidado ao paciente crônico, começando por consulta de enfermagem, assim como contrarreferenciando-o para os serviços de atenção primária. Contudo faz-se necessário que os membros da equipe interdisciplinar aceite o papel do enfermeiro e ao mesmo tempo, o enfermeiro esteja preparado técnico e cientificamente, os pacientes e familiares estejam dispostos a assumirem um papel ativo no enfrentamento de DCNT.

Certamente como defende Coates (2017), o enfermeiro poderia promover educação em saúde para pacientes/famíliares com doenças crônicas, assim como informações sobre o manejo clínico, capacitando-os no desenvolvimento de competências e habilidades para sustentação de mudanças comportamentais, de forma que no processo de trabalho interprofissional, o enfermeiro assumisse o papel de gestor no cuidado de pessoas com doenças crônicas.

O instrumento de coleta de dados pareceu apropriado para o que se pretende, com pequenas mudanças, conforme apontado nas limitações do trabalho, para ser incorporado ao prontuário eletrônico, no cenário ambulatorial estudado.

6. CONCLUSÕES

Os objetivos propostos inicialmente foram alcançados, com a composição de instrumentos de coleta de dados que se mostrou operacional para rastreamento funcional e de adesão de idosos diabéticos ambulatoriais.

Esses idosos apresentavam média de 72,7 (DP±7,7) anos de idade, com ligeiro predomínio do sexo feminino, de baixo nível socioeconômico, morando em casa própria em companhia de parceiro (37,1%) ou familiar (46,0%) e, portanto, a maioria reconhecia-se apoiado socialmente.

A maioria dos idosos podem ser considerados independente funcionalmente para as AVD/AIVD, contudo 62,9% deles residindo em domicílio com riscos para quedas. Trata-se de idosos acometidos por cinco ou mais comorbidades (51,6%), sendo as três primeiras: HAS, dislipidemia e doença cardiovascular, 38,7% deles com o parâmetro bioquímico $HbA1c > 7,5\%$, compatível com diabetes descompensada. Condição esta que expõe o idoso à fragilização de sua saúde mental, considerando que a cada unidade de elevação de $HbA1c$ aumentou em 30% a chance de depressão. Dois terços aproximados deles apresentavam-se com sobrepeso/obesidade, a maioria com baixa adesão ao tratamento medicamentoso, associada estatisticamente às faixas menores de renda familiar e à dificuldade de memorização.

O registro da comorbidade depressão como diagnóstico médico registrado no prontuário ou referida pelos idosos pode ser considerado baixo (12,9%), quando comparado à doença rastreada pelas escalas EDG (43,5%) e AFB (58,1%).

A depressão se associou estatisticamente às faixas de renda familiar e de escolaridade menores, assim como ao déficit/perda de acuidade visual. Contudo, análises mostraram que, apesar da comorbidade retinopatia associar à depressão, não conseguir ler com lentes corretivas independe do diagnóstico de retinopatia referido ou registrado no prontuário. Ademais, verificou-se que dispor de capacidade de ler com lentes corretivas protegeu em 25% as chances de o idoso apresentar o parâmetro bioquímico $HbA1c > 7,5\%$, compatível com a não adesão ao tratamento do diabetes. Desta forma, faz-se necessário aprofundar a compreensão das razões que têm dificultado esses idosos a se beneficiarem de melhor acuidade visual e se essas são modificáveis.

A avaliação de depressão, rastreada somente por AFB, associou-se significativamente a multiplicidade de variáveis: sexo feminino, apoio social não percebido pelo idoso, à IU referida e predominante em idosas, comorbidade esta que aumentou em 5,6 vezes as chances de

depressão; não funcionalidade dos braços; às doenças osteoarticulares; ao estado mental, especificamente à capacidade de memorizar três palavras e repeti-las depois de um minuto. A contento, essa capacidade quando preservada se apresentou como fator protetor para depressão.

A partir do julgamento clínico dos dados coletados levantou-se quatro DE, sendo dois de risco e dois com foco nos problemas: (1) Risco de Síndrome do Idoso Frágil; (2) Risco de Síndrome do Desequilíbrio Metabólico; (3) Eliminação urinária prejudicada; (4) Risco de quedas.

Esta pesquisa sugere que o rastreamento da incontinência urinária e de depressão seja priorizado no diabético e para subsidiar os profissionais nesse processo, esta pesquisa aferiu a acurácia da Avaliação Funcional Breve (AFB), com um item, o nove, comparada à da Escala de Depressão Geriátrica (EDG), de 15 itens específicos para rastreamento de depressão em idosos. Verificou-se concordância moderada de acurácia para rastreamento de depressão da AFB em relação à EDG ($Kappa = 0,53$), sendo a AFB com maior sensibilidade (88,9%), porém com menor especificidade em relação à EDG. Desta forma, quando o idoso rastreado com depressão pela AFB, recomenda-se confirmar o resultado com aplicação posterior de EDG.

7. O PRODUTO DO ESTUDO

A aplicação da composição de instrumentos, propostos por este estudo, como protótipo, para o rastreamento funcional e de adesão ao tratamento de idosos diabéticos ambulatoriais, mostrou-se rápida e de fácil aplicabilidade pelo enfermeiro, permitindo avaliar áreas comumente comprometidas e subdiagnosticadas nesses idosos.

Considerando na Rede de Atenção à Saúde (RAS), o papel da atenção especializada em nível ambulatorial, um ponto tão responsável quanto aos outros para assistir integralmente, aos usuários com doenças crônicas, prevendo ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. A adoção do protótipo poderia subsidiar a equipe multiprofissional:

(a) no processo de estabelecimento diagnóstico e planejamento de intervenções para os principais problemas que levam o idoso a alterações funcionais e, consequentemente, interferem no desempenho de suas atividades diárias e de sua qualidade de vida;

(b) a contrarreferenciá-los para os Serviços de Atenção Básica ou a outros pontos da RAS.

Após adoção do conjunto de instrumentos enquanto protótipo, sugere-se a realização de novo estudo para avaliar o impacto sobre os cuidados à saúde do idoso e na qualidade de vida dos idosos.

REFERÊNCIAS

Almeida-Filho N, Barreto ML. Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.

Alramadan MJ, Afroz A, Hussain SM, et al. Patient-related determinants of glycaemic Control in people with type 2 diabetes in the Gulf Cooperation Council Countries: a systematic review. *Journal of Diabetes Research*. 2018.

Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2012 abril [citado em 2018 20 de maio]; 46 (2): 279-289. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200010&lng=en. Epub 14 de fevereiro de 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000013>.

Carvalho CJA de, Bocchi SCM. The elderly recognizing themselves as vulnerable to falls in the concreteness of the femoral fracture. *Rev Bras Enferm*. 2017 Apr 1;70(2):279–86.

Coates V. Role of nurses in supporting patients to self-manage chronic conditions. *Nurs Stand*. 2017 May 17;31(38):42–6.

COFEn. LEI N 7.498/86, DE 25 DE JUNHO DE 1986 Conselho Federal de Enfermagem - Brasil [Internet]. [cited 2019 Dec 9]. Available from: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html

Delarmelindo R de CA, Parada CMG de L, Rodrigues RAP, Bocchi SCM. Women's strategies for coping with urinary incontinence. *Rev da Esc Enferm*. 2013;47(2):296–302.

Demo P. Introdução à metodologia da ciência. São Paulo: Atlas; 1985.

Ducat L, Philipson LH, Anderson BJ. The mental health comorbidities of diabetes. *JAMA* 2014; 312(7):691-2

Figueiredo A. Brasil: uma visão geográfica e ambiental no início do século XXI. Rio de Janeiro: IBGE; 2016. 435p.

Fradgley EA, Paul CL, Bryant J. A systematic review of barriers to optimal outpatient specialist services for individuals with prevalent chronic diseases: what are the unique and common barriers experienced by patients in high income countries? *International Journal for Equity in Health*. 2015;14:52. DOI: 10.1186/s12939-015-0179-6

Hao SS, Xiao L, Wang HL, Liu ZC, Wang GH. Survey on the non-psychiatric physician's ability of diagnosis and treatment of depression/anxiety disorders in general hospital. *Chin J Behav Med Brain Sci*. 2015; 24(11):1037-40.

Hunter JC, DeVellis BM, Jordan JM, et al. The association of depression and diabetes across methods, measures, and study contexts. *Clin Diabetes Endocrinol*. 2018; 4 (2018), p. 1

Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55:780–91. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01156.x>.

International Diabetes Federation. IDF Atlas. 7th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; 2015. Disponível: <http://www.diabetesatlas.org/across-the-globe.html>

Kayar Y, Kayar NB, Erden SC, Orem R, Ekinci I, Emergil, et al. The relationship between depression and demographic risk factors, individual lifestyle factors, and health complications in patients with type 2 diabetes mellitus. *Biomedical Research-India*. 2017;28(4):1560-5.

Kennedy A. Nurses play a central role in arresting and controlling NCDs. Whashington: WHO; 2018. Available from: <https://www.who.int/ncds/governance/high-level-commission/statement-of-annette-kennedy.pdf?ua=1>

Kharrazi H, Anzaldi LJ, Hernandez L, Davison A, Boyd CM, Leff B, et al. The value of unstructured electronic health record data in geriatric syndrome case identification. *J Am Geriatr Soc*. 2018;66:1499–507. <https://doi.org/10.1111/jgs.15411>

Kim KJ, Shin J, Choi J, Park JM, Park HK, Lee J, et al. Association of geriatric syndromes with urinary incontinence according to sex and urinary-incontinence-related quality of life in older inpatients: a cross-sectional study of an acute care hospital. *Korean J Fam Med*. 2019 Jul 1;40(4):235–40. Doi: 10.4082/kjfm.18.0011

Kimbrow LB, Mangione CM, Steers WN, Duru OK, McEwen L, Karter A, et al. Depression and All-Cause Mortality in Persons with Diabetes Mellitus: Are Older Adults at Higher Risk? Results from the Translating Research Into Action for Diabetes Study. *Journal of the American Geriatrics Society* [Internet]. 2014 Jun [cited 2020 Jan 2];62(6):1017–22. Available from: <http://search.ebscohost-com.ez67.periodicos.capes.gov.br/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=103959020&lang=pt-br&site=ehost-live>

Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care*. 1994; 21:55-67.

Lourenço RA, de Souza Ferreira Martins C, Sanchez MAS, Veras RP. Assistência ambulatorial geriátrica: Hierarquização da demanda. *Rev Saude Publica*. 2005 Apr;39(2):311–8

Lopes AC. Diagnóstico e tratamento. Barueri: Manoele/Sociedade Brasileira de Clínica Médica; 2006.

Lustman PJ, Harper GW. Nonpsychiatric physicians' identification and treatment of depression in patients with diabetes. *Compr Psychiatry*. 1987;28(1):22-7.

Ministério da Saúde (MS). Estudo aponta que 75% dos idosos usam apenas o SUS [Internet]. [cited 2019 Dec 9]. Available from: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44451-estudo-aponta-que-75-dos-idosos-usam- apenas-o-sus>

Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014 [Internet]. [Cited 2014 Abr 1st]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html

Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. 2017; 48(30). Disponível da internet:

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>

Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2016 June [cited 2018 Feb 15]; 19(3): 507-519. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000300507&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>.

NANDA Internacional (NANDA-I). Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2010. Porto Alegre: Artmed; 2018.

Nogueira EL, Rubin LL, Giacobbo SS, Gomes I, Cataldo NA. Rastreamento de sintomas depressivos em idosos na Estratégia Saúde da Família, Porto Alegre. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2014 June [cited 2018 June 07]; 48(3): 368-377. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000300368&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004660>.

Novak M, Mucsi I, Rhee CM, Streja E, Jun L. Lu, Kalantar-Zadeh K, et al. Increased risk of incident chronic kidney disease, cardiovascular disease, and mortality in patients with diabetes with comorbid depression. *Diabetes Care* [Internet]. 2016 Nov [cited 2020 Jan 2];39(11):1940–7. Available from: <http://search.ebscohost-com.ez67.periodicos.capes.gov.br/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=119093418&lang=pt-br&site=ehost-live>

Oliveira PP de, Fachin SM, Tozatti J, Ferreira MC, Marinheiro LPF. Análise comparativa do risco de quedas entre pacientes com e sem diabetes mellitus tipo 2. *Rev Assoc Med Bras.* 2012; 58(2):234-9.

OPAS/OMS Brasil. Com depressão no topo da lista de causas de problemas de saúde, OMS lança a campanha “Vamos Conversar”. Washington DC: OPAS; 2018. Disponível: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5385:com-depressao-no-topo-da-lista-de-causas-de-problemas-de-saude-oms-lanca-a-campanha-vamos-conversar&Itemid=839

Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2005 Dec [cited 2018 Aug 08]; 39(6): 918-923. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-891020050006000008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-891020050006000008>.

Perez M, Lourenço RA. Rede FIBRA-RJ: Fragilidade e risco de hospitalização em idosos da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saude Publica. 2013 Jul;29(7):1381–91.

Perrin NE, Davies MJ, Robertson N, Snoek FJ, Khunti K. The prevalence of diabetes-specific emotional distress in people with Type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Diabetes Med. 2017, 34(11):1508-20.

Picozzi A, Deluca F. Depression and glycemic control in adolescent diabetics: evaluating possible association between depression and hemoglobin A1c. 2019 [cited 2020 Jan 6]; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.02.005>

Rausch C, Liang Y, Bültmann U, de Rooij SE, Johnell K, Laflamme L, et al. Social position and geriatric syndromes among Swedish older people: a population-based study. BMC Geriatr [Internet]. 2019 Dec 15 [cited 2020 Jan 6];19(1):267. Available from: <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-019-1295-8>

Rensma SP, van Sloten TT, Houben AJHM, Köhler S, van Boxtel MPJ, Berendschot TTJM, et al. Microvascular dysfunction is associated with worse cognitive performance: the Maastricht Study. Hypertens (Dallas, Tex 1979) [Internet]. 2019 Nov 18 [cited 2020 Jan 2]; HYPERTENSIONAHA11913023. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3173508>

SBEM, SBPC-ML, SBEM, FENAD. Atualização sobre hemoglobina glicada (A1C) para avaliação do controle glicêmico e para o diagnóstico do diabetes: aspectos clínicos e laboratoriais. SBEM/SBPC-ML/SBEM/FENAD; 2017/2018. Disponível: <https://www.diabetes.org.br/publico/images/banners/posicionamento-3-2.pdf>

Schmidt MI, Hoffmann MI, Diniz MFSD, Lotufo PA, Griep RH, Bensenor IM, et al. High prevalence of diabetes and intermediate hyperglycemia – The Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Diabetology & Metabolic Syndrome*. 2014; 6(123). DOI: 10.1186/1758-5996-6-123

Schmitz N, Deschênes S, Burns R, Smith KJ. Depressive symptoms and glycated hemoglobin A1c: a reciprocal relationship in a prospective cohort study. 2020 [cited 2020 Jan 6]; Available from: <https://doi.org/10.1017/S0033291715002445>

Silva MA, Aguiar ESS, Matos SDO, Lima JO, Costa MML, Soares MJGO. Prevalência de incontinência urinária e fecal em idosos: estudo em instituições de longa permanência. *Estud. interdiscipl. envelhec.* 2016;21(1):249-61.

Smith KJ, Deschênes SS, Schmitz N. Investigating the longitudinal association between diabetes and anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Diabetic Medicine* 2018; 35(6):677-93. DOI: 10.1111/dme.13606.

Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Conduta terapêutica do Diabetes Tipo 2: algoritmo SBD 2017. Sociedade Brasileira de Diabetes: _____; 2017. Disponível: <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/POSICIONAMENTO-OFICIAL-SBD-02-2017-ALGORITMO-SBD-2017.pdf>

WHO. Ten threats to global health in 2019 [Internet]. [cited 2019 Dec 9]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019>.

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.* 1982-3;17(1):37-4

APÊNDICE 1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
RESOLUÇÃO 466/2012

CONVIDO, o Senhor (a) para participar do Projeto de Pesquisa intitulado **“RASTREAMENTO DE DEPRESSÃO E ADESAO AO TRATAMENTO PARA DIABETES MELLITUS DE IDOSOS EM AMBULATÓRIO”**, que será desenvolvido por mim Andréia Cristina Yauch, Enfermeira, com orientação do profissional enfermeiro e Professora Silvia Cristina Mangini Bocchi da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. Estou estudando a interferência do estado da saúde mental de idosos no tratamento do diabetes. Para que eu possa realizar o estudo, solicito sua autorização para consultar seu prontuário médico, para coletar outras informações lá contidas como (dados sociodemográficos, como idade, sexo, escolaridade, outras doenças, resultado de exame de sangue, medicações que faz uso) referentes a consultas feitas anteriormente pelo (a) Senhor (a).

Além disso o(a) Senhor (a) responderá a um questionário que levará em média 15 minutos de duração. Sua participação nos ajudará no processo de implantação de avaliação de idosos.

Fique ciente de que sua participação neste estudo é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, o(a) Sr.(a) poderá retirá-lo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo na continuidade do seu tratamento.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em 2 vias de igual teor, o qual 01 via será entregue ao Senhor (a) devidamente rubricada, e a outra via será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Qualquer dúvida adicional o(a) Sr(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8.00 às 11.30 e das 14.00 às 17 horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descritos:

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, CONCORDO EM PARTICIPAR de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas científicas, sem, no entanto, que minha identidade seja revelada.

Botucatu, ____/____/____

Pesquisador

Participante da Pesquisa

Nome (Pesquisador): Andréia Cristina Yauch
Endereço: Rua Agenor Teixeira de Melo, 440, COHAB I, Botucatu
Telefone: (14)997551476
Email: yauch@fmb.unesp.br

Nome (orientador): Silvia Cristina Mangini Bocchi
Endereço: Av. Affonso José Aiello, 8-200, Casa I-9, Vila Aviação, Bauru, SP, CEP: 17018-901
Telefone: (14) 38801314
Email: sbocchi@fmb.unesp.br

APÊNDICE 2. COMPOSIÇÃO DE INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- 1.1. Idade:
- 1.2. Sexo: Feminino () Masculino ()
- 1.3. Escolaridade em anos: _____
- 1.4. Renda familiar:
- 1.5. Moradia: () própria () alugada () cedida
- 1.6. Com quem mora:
- () sozinho
- () com o parceiro
- () com familiares
- () _____

2. DADOS DO PRONTUÁRIO

- 2.1. Ano em que teve o diagnóstico do diabetes: _____
- 2.2. Comorbidades:
- () Depressão
- () Hipertensão Arterial Sistêmica
- () Dislipidemias
- () Doenças osteoarticulares (artrite, artrose, osteoporose, ...)
- () retinopatia
- () nefropatia
- () neuropatia
- () doença cerebrovasculares
- () doenças cardiovasculares
- () Outras:
- _____
- _____
- _____

2.3. Último resultado de Hemoglobina glicada (Hb)

2.4. Medicações prescritas na última consulta

MEDICAÇÕES	POSOLOGIA

3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL BREVE (AFB)

Áreas de teste	Procedimento	Resultado anormal
1. Visão	Testar a visão com cartão de Jaeger enquanto o(a) paciente usa lentes corretoras (se aplicável)	Não lê melhor que 20/40
2. Audição	Sussurrar a pergunta “qual é seu nome?” em cada ouvido, com a face do examinador fora da visão direta do paciente	Não responde

3. Incontinência urinária	Perguntar: “No último ano, o(a) senhor(a) perdeu urina e molhou roupas íntimas sem querer?” “Isso aconteceu em, pelo menos 6 dias separados?”	Sim à segunda pergunta
4. AVD/AIVD	Perguntar: “O(a) senhor(a) pode levantar-se da cama sem ajuda? Pode vestir-se sozinho(a)? Pode preparar suas refeições? Pode fazer compras sozinho(a)?	Não a qualquer pergunta
5. Braço	Pedir: “Toque a nuca com ambas as mãos”; “pegue a colher”.	Não consegue um ou outro
6. Perna	Observar o(a) paciente após pedir: “Levante-se da cadeira, ande 3 metros, retorne e sente-se”. Tempo de percurso: _____	Não anda, levanta-se ou faz o percurso em T=12 segundos
7. Nutrição	Peso: _____ Altura: _____ IMC _____ Kg/m ²	IMC=22 kg/m ²
8. Estado mental	Memorize as palavras: carro, vaso, bola. Pedir para repetir depois de 1 minuto	Não repetir uma das palavras
9. Depressão	Perguntar: “O(a) senhor(a) sente-se muitas vezes triste ou deprimido(a)?”	Sim
10. Ambiente no domicílio	Perguntar: “O(a) senhor(a) tem dificuldades em subir/descer escadas em seu domicílio?” “Tem banheira ou tapete solto?” “Há algum lugar na sua casa com pouca iluminação?”	Sim a qualquer pergunta
11. Apoio social	Perguntar: “O(a) senhor(a) tem familiares, amigos ou vizinhos com quem possa contar em caso de doença ou emergência?”	Ninguém

4. ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (EDG)

	NÃO	SIM
1. O(a) Sr(a) está basicamente satisfeito(a) com sua vida?	1	0
2. O(a) Sr(a) deixou muitos de seus interesses e atividades?	0	1
3. O(a) Sr(a) sente que sua vida está vazia?	0	1
4. O(a) Sr(a) se aborrece com frequência?	0	1
5. O(a) Sr(a) se sente de bom humor a maior parte do tempo?	1	0
6. O(a) Sr(a) tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	0	1
7. O(a) Sr(a) se sente feliz a maior parte do tempo?	1	0
8. O(a) Sr(a) sente que sua situação não tem saída?	0	1
9. O(a) Sr(a) prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	0	1
10. O(a) Sr(a) se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	0	1
11. O(a) Sr(a) acha maravilhoso estar vivo?	1	0
12. O(a) Sr(a) se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	0	1
13. O(a) Sr(a) se sente cheio de energia?	1	0
14. O(a) Sr(a) acha que sua situação é sem esperança?	0	1
15. O(a) Sr(a) sente que a maioria das pessoas está melhor que o(a) Sr(a)?	0	1
TOTAL		

5. VERSÃO EM PORTUGUÊS DO INSTRUMENTO *BRIEF MEDICATION QUESTIONNAIRE (BMQ)*.

1. Quais medicações que você usou na ÚLTIMA SEMANA?

NA ÚLTIMA SEMANA					
a. Nome da medicação e dosagem	b. Quantos dias você tomou esse remédio	c. Quantas vezes por dia você tomou esse remédio	d. Quantos comprimidos você tomou em cada vez	e. Quantas vezes você esqueceu de tomar algum comprimido	f. Como essa medicação funciona para você 1=Funciona Bem 2=Funciona Regular 3=Não funciona bem

2. Alguma das suas medicações causa problema para você? (0) não (1) sim

Se o entrevistado respondeu SIM, por favor, liste os nomes das medicações e quanto elas o incomodam.

Quanto essa medicação incomodou você?					
Medicação	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma você é incomodado por ela?

3. Agora, citarei uma lista de problemas que as pessoas, às vezes, têm com seus medicamentos.

Quanto é difícil para você?	Muito difícil	Um pouco difícil	Não muito difícil	Comentário (Qual medicamento)
a. Abrir ou fechar a embalagem				
b. Ler o que está escrito na embalagem				
c. Lembrar de tomar todo remédio				
d. Conseguir o medicamento				
e. Tomar tantos medicamentos ao mesmo tempo				

Escore de problemas encontrados pelo BMQ.

DR – REGIME (questões 1a - 1e)	1=sim	0=não
DR1. O R falhou em listar (espontaneamente) os medicamentos prescritos no relato inicial?	1	0
DR2. O R interrompeu a terapia devido ao atraso na dispensação da medicação ou outro motivo?	1	0
DR3. O R relatou alguma falha de dias ou doses?	1	0
DR4. O R reduziu ou omitiu doses de algum medicamento?	1	0
DR5. O R tomou alguma dose extra ou medicação a mais do que é prescrito?	1	0
DR6. O R respondeu que “não sabia” a alguma das perguntas?	1	0
DR7. O R se recusou a responder a alguma das questões?	1	0
NOTA: ESCORE ☐ 1 INDICA POTENCIAL NÃO ADESÃO	Total DR=	
CRENÇAS		
DC1. O R relatou “não funciona bem” ou “não sei” na resposta 1f?	1	0
DC2. O R nomeou as medicações que o incomodam?	1	0
NOTA: ESCORE ☐ RASTREAMENTO POSITIVO PARA BARREIRAS DE CRENÇAS	Total C=	
RECORDAÇÃO		
DRE1. O R recebe um esquema de múltiplas doses de medicamentos (2 ou mais vezes/dia)?	1	0
DRE2. O R relata “muita dificuldade” ou alguma dificuldade” em responder 3 c?	1	0
NOTA: ESCORE ☐ 1 INDICA ESCORE POSITIVO PARA BARREIRAS DE RECORDAÇÃO soma:	Total RE=	

Legenda: R == respondente, NR = não respondente

Fonte: Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2012 abril [citado em 2018 20 de maio]; 46 (2): 279-289. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200010&lng=en. Epub 14 de fevereiro de 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000013>.

ANEXO 1. Aprovação do projeto de pesquisa por Comitê de Ética em Pesquisa

	UNESP -FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU									
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP										
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA										
Título da Pesquisa: RASTREAMENTO DA DEPRESSÃO E ADESAO AO TRATAMENTO PARA DIABETES MELLITUS DE IDOSOS EM AMBULATÓRIO										
Pesquisador: Andréia Cristina Yauch										
Área Temática:										
Versão: 1										
CAAE: 98430718.7.0000.5411										
Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem										
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio										
DADOS DO PARECER										
Número do Parecer: 2.932.009										
Apresentação do Projeto:										
RASTREAMENTO DA DEPRESSÃO E ADESAO AO TRATAMENTO PARA DIABETES MELLITUS DE IDOSOS										
EM AMBULATÓRIO, projeto de mestrado da aluna Andréia Cristina Yauch, do Departamento de Enfermagem.										
O diagnóstico e o tratamento da depressão em pacientes diabéticos são essenciais para adesão ao tratamento e redução dos riscos de complicações e, consequentemente, melhor prognóstico da doença. Trata-se de pesquisa epidemiológica do tipo transversal, caracterizada por analisar a situação de saúde de uma população ou comunidade, fundamentada na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros. O estudo será realizado com usuários cadastrados em ambulatório geral de um Hospital Público do Estado de São Paulo.										
Os dados serão coletados por meio de análise documental (prontuário do paciente) e entrevista durante consulta no próprio ambulatório e registrados em formulário, contendo sete itens principais: dados sociodemográficos (idade, sexo, escolaridade em anos, renda familiar, moradia); dados do prontuário (ano do diagnóstico da doença, comorbidades, último resultado de hemoglobina glicada, medicações prescritas na última consulta); Avaliação Funcional Breve (AFB); Escala de Depressão Geriátrica (EDG); Brief Medication Questionnaire (BMQ). Com o desenvolvimento da pesquisa será possível avaliar a viabilidade de implantar a Avaliação Funcional Breve (AFB) para idosos diabéticos, no Prontuário										
<table border="1"> <tr> <td>Endereço: Chácara Butignoli, s/n</td> <td>CEP: 18.618-970</td> </tr> <tr> <td>Bairro: Rubião Junior</td> <td></td> </tr> <tr> <td>UF: SP</td> <td>Município: BOTUCATU</td> </tr> <tr> <td>Telefone: (14)3880-1800</td> <td>E-mail: cep@fmb.unesp.br</td> </tr> </table>			Endereço: Chácara Butignoli, s/n	CEP: 18.618-970	Bairro: Rubião Junior		UF: SP	Município: BOTUCATU	Telefone: (14)3880-1800	E-mail: cep@fmb.unesp.br
Endereço: Chácara Butignoli, s/n	CEP: 18.618-970									
Bairro: Rubião Junior										
UF: SP	Município: BOTUCATU									
Telefone: (14)3880-1800	E-mail: cep@fmb.unesp.br									