



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

KAROLLINY ABRANTES DE SOUSA

**PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM IDOSOS ASSISTIDOS PELA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

CAJAZEIRAS - PB
2015

KAROLLINY ABRANTES DE SOUSA

**PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM IDOSOS ASSISTIDOS PELA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de Campina
Grande-UFCG, como requisito parcial para obtenção
do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Me. Fabiana Ferraz Queiroga Freitas

CAJAZEIRAS - PB
2015

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

S725p Sousa, Karolliny Abrantes de
Prevalência de Depressão em Idosos Assistidos pela Estratégia de
Saúde da Família. / Karolliny Abrantes de Sousa. - Cajazeiras:
UFCG, 2015.
64f. il.
Bibliografia.

Orientador (a): Prof^a. Me. Fabiana Ferraz Queiroga Freitas.
Monografia (Graduação) – UFCG.

1. Depressão - Idoso. 2. Idoso - Enfermidade Mental. 3.
Estratégia de Saúde da Família. I. Freitas, Fabiana Ferraz
Queiroga. II. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU – 616.89-008.454-053.9

Dedico aos meus amados pais, Francisco e Zenilda, que se empenham a cada dia para me ajudar no alcance dos meus objetivos, sendo responsáveis por tantas felicidades.

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, a quem confio meus caminhos, pois sei que seus planos e propósitos são bons, dando-me a graça de chegar até esse momento ímpar em minha vida.

Aos meus pais, Zenilda e Francisco, que formam o alicerce da minha educação e me deram todo apoio e suporte necessário na realização de todas as minhas conquistas, a vocês dedico essa vitória. Sou grata por tudo que fizeram e fazem por mim!

Aos meus irmãos Kamilla, Kallyne e Gabriel que compartilham comigo tantos momentos especiais, me acompanham, apoiam e torcem pela minha felicidade. Amo vocês!

A toda minha família, em especial meus avôs maternos e paternos que me inspiram pela imensa bondade. Obrigada por me apoiarem nessa jornada!

À minha orientadora, professora Fabiana, pelo compromisso em me orientar, por todo aprendizado, incentivo, dedicação, tolerância e compreensão na condução dessa pesquisa. A senhora é uma excelente profissional, agradeço por tudo inclusive pela sua amizade!

Às professoras Anubes e Cecília, pela disponibilidade em participar da banca examinadora e por contribuírem com sugestões pertinentes para o melhoramento desse trabalho.

Aos meus queridos amigos, Charles e Maria Tibéria, que estudam comigo desde o ensino médio e compartilharam do mesmo propósito, nos tornarmos bons enfermeiros. Obrigada por sempre estarem presentes nos momentos de alegrias e me ajudarem a superar momentos difíceis. Certamente vocês torcem pelo meu sucesso e a recíproca é verdadeira. Vocês são como irmãos que amo muito!

À meu namorado Tiago que fez-se presente em tantos momentos, me ajudou a enfrentar muitos dos meus medos e sempre acreditou nas minhas capacidades. Obrigada pela paciência, atenção, auxílio e afeto.

À maravilhosa equipe de profissionais da Unidade Básica de Saúde Bela Vista, especialmente as enfermeiras Raísa e Adenusca e todas as agentes comunitárias de saúde que se prontificaram a auxiliar durante a coleta de dados dessa pesquisa. Vocês são exemplo de humildade, dedicação e humanização!

À todos os idosos que aceitaram participar dessa pesquisa, enriquecendo-me com suas histórias de vida, experiências e sabedoria, tanto a nível profissional quanto pessoal. Muitos de vocês são exemplos de superação!

Por fim, a todos os professores que contribuíram para minha formação profissional e aos meus colegas da turma 2011.1 que se esforçaram para chegar até aqui assim como eu. Que o sucesso nos acompanhe sempre!

*“Se meu andar é hesitante e minhas mãos trêmulas, ampare-me...
Se minha audição não é boa e tenho de me esforçar para ouvir o que você está dizendo,
procure entender-me...
Se minha visão é imperfeita e o meu entendimento é escasso, ajude-me com paciência...
Se minhas mãos tremem e derrubam comida na mesa ou no chão, por favor, não se irrite,
tentei fazer o melhor que pude...
Se você me encontrar na rua, não faça de conta que não me viu, pare para conversar comigo,
sinto-me tão só...
Se você na sua sensibilidade me vê triste e só, simplesmente partilhe um sorriso e seja
solidário...
Se lhe contei pela terceira vez a mesma "história" num só dia, não me repreenda,
simplesmente ouça-me...
Se me comporto como criança, cerque-me de carinho...
Se estou com medo da morte e tento negá-la, ajude-me na preparação para o adeus...
Se estou doente e sou um peso em sua vida, não me abandone um dia você terá a minha
idade...
A única coisa que desejo neste meu final da jornada, é um pouco de respeito e de amor...”.*

(Autor Desconhecido)

KAROLLINY ABRANTES DE SOUSA

**PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM IDOSOS ASSISTIDOS PELA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Aprovada em: 30/11/15

BANCA EXAMINADORA



Prof^ª. Me. Fabiana Ferraz Queiroga Freitas

Universidade Federal de Campinha Grande-UFCG/UAENF

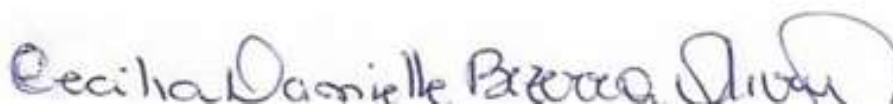
(Orientadora)



Prof^ª. Dr^ª. Anubes Pereira de Castro

Universidade Federal de Campinha Grande-UFCG/UAENF

(Membro examinador)



Prof^ª. Me. Cecília Danielle Bezerra Oliveira

Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras-ETSC

(Membro examinador)

SOUSA, K. A. **Prevalência de depressão em idosos assistidos pela estratégia de saúde da família**, 2015. 63p. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, Unidade Acadêmica de Enfermagem, Cajazeiras-PB, 2015.

RESUMO

A terceira idade é a faixa etária que mais cresce. Proporcionalmente, aumenta-se o acometimento de doenças que atingem esse grupo específico, destacando-se a depressão, enfermidade mental mais frequente em idosos. Configura-se um importante problema de saúde pública, sendo constantemente subdiagnosticada e não tratada. O objetivo principal dessa pesquisa é determinar a prevalência de depressão em idosos cadastrados em uma Estratégia de Saúde da Família do município de Cajazeiras, PB. Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo descritiva com abordagem quantitativa em uma amostra de 153 idosos. A coleta de dados deu-se através de entrevistas domiciliares utilizando questionário sociodemográfico e aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage com 15 itens, (EDG-15). Para avaliar as associações entre sintomas depressivos e as variáveis sociodemográficas utilizou-se o modelo estatístico Regressão de Poisson, onde, foram calculadas razões de prevalências brutas e ajustadas com intervalo de confiança de 95%. Identificou-se prevalência de depressão em 28,1% dos idosos, onde as associações mais importantes nesse estudo foram sexo feminino, estado civil viúvo e divorciado, pessoas sem religião, com doenças crônicas, aposentados e pensionistas. Viver com companheiros e familiares mostrou-se fator protetor. Quando feita análise multivariada de regressão, as variáveis que permaneceram significativas para maior prevalência de depressão foram pessoas sem religião e com doença crônica. Conclui-se que estratégias voltadas à identificação de sintomas depressivos e dos fatores associados são importantes na atenção a saúde do idoso e podem ajudar os profissionais de saúde, principalmente a nível de atenção primária, a compreender a realidade destes indivíduos, diagnosticar precocemente e intervir de forma adequada na prevenção ou tratamento da enfermidade.

Palavras-chave: Idosos. Prevalência. Depressão. Estratégia de Saúde da Família.

SOUSA, K. A. **Prevalence of depression in elderly people helped by family health strategy**, 2015. 63p. Monograph (Bachelor of Nursing) – Federal University of Campina Grande, Center for Teacher Education, Academic Unit of Nursing, Cajazeiras-PB, 2015.

ABSTRACT

The old age is the fastest growing age group. Proportionally, the appearance of diseases that reach this specific group is increased, standing out depression, most common mental illness in elderly people. Sets up a major public health problem, being often underdiagnosed and untreated. The main objective of this research is to determine the prevalence of depression in elderly people registered in a Family Health Strategy of Cajazeiras city, PB. It is a descriptive field research with a quantitative approach in a sample of 153 elderly. The data collection was carried out through home interviews using socio-demographic questionnaire and application of the Geriatric Depression Scale of Yesavage with 15 items (GDS-15). To evaluate the associations between depressive symptoms and sociodemographic variables we used the Poisson Regression statistical model, where gross prevalence ratios were calculated and adjusted with a confidence interval of 95%. It was identified prevalence of depression in 28.1% of the elderly, where the most important associations in this study were female sex, widowed and divorced marital status, irreligious people, with chronic diseases, retirees and pensioners. Living with partners and family members proved to be a protective factor. When done multivariate regression analysis, the variables that remained significant for higher prevalence of depression were irreligious people and with chronic disease. It was concluded that strategies aimed at identification of depressive symptoms and associated factors are important in the elderly health care and may help health professionals, mainly at primary care level, to understand the reality of these individuals, as well as early diagnosis and intervene appropriately in the prevention or treatment of disease.

Key-words: Elderly. Prevalence. Depression. Health Family Strategy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa, Cajazeiras - PB, 2015 (n = 153).	28
Tabela 2 - Caracterização dos participantes da pesquisa quanto à sintomatologia depressiva, vivência de luto e presença de doenças crônicas, Cajazeiras - PB, 2015 (n=153).	30
Tabela 3 - Modelo bivariado da depressão e dados sociodemográficos.....	31
Tabela 4 - Modelo multivariado da depressão e dados sociodemográficos.	33

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

CID-10 - Classificação Internacional de Doenças-10ª edição

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DSM-IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-4ª edição

EDG-15 - Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, versão curta com 15 itens

EDM - Episódio Depressivo Maior

ESF - Estratégia de Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNI - Política Nacional do Idoso

RP - Razões de prevalência

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDM - Transtorno Depressivo Maior

UBS - Unidade Básica de Saúde

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO GERAL	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3 REVISÃO DA LITERATURA	18
3.1 ASPECTOS GERAIS DO ENVELHECIMENTO.....	18
3.1.1 Definição	18
3.1.2 Aspectos Demográficos e Sociais da Saúde do Idoso.....	19
3.2 DEPRESSÃO NO IDOSO.....	20
3.3 ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA..	22
4 PERCURSO METODOLÓGICO	24
4.1 TIPO DE ESTUDO	24
4.2 LOCAL DA PESQUISA	24
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	24
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	25
4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	25
4.6 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS	25
4.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	27
4.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	27
5 RESULTADOS	28
5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA.....	28
5.2 CARACTERIZAÇÃO QUANTO A SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA, VIVÊNCIA DE LUTO RECENTE E PRESENÇA DE DOENÇA CRÔNICA	30
5.3 DETERMINAÇÃO DOS FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO.....	31
6 DISCUSSÃO	34
6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA.....	34
6.2 CARACTERIZAÇÃO QUANTO A SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA, VIVÊNCIA DE LUTO RECENTE E PRESENÇA DE DOENÇA CRÔNICA	36
6.3 DETERMINAÇÃO DOS FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO.....	37
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS	46
APÊNDICES	53

APÊNDICE A - ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA - GDS	54
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO.....	55
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	56
APÊNDICE D - TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL.....	58
APÊNDICE E - TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR PARTICIPANTE	59
ANEXOS	60
ANEXO A - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA.....	61
ANEXO B - TERMO DE ANUÊNCIA	64

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial. A proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo rapidamente diante de qualquer outra faixa etária em todo o mundo. Em 2025, haverá aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos e até 2050 chegará a dois bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento (WHO, 2005).

O Brasil também acompanha essa tendência mundial de envelhecimento populacional. Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) existem no Brasil, aproximadamente, 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que representa pelo menos 10% de toda a população. Segundo projeções estatísticas da Organização Mundial da Saúde (OMS), espera-se que o Brasil ocupe o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando, em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2010).

Dessa forma, sendo a terceira idade a faixa etária que mais cresce, proporcionalmente, as doenças prevalentes na velhice também terão consideráveis acréscimos. Nesse contexto, destaca-se a prevalência de doenças neurológico-degenerativas e as tendências a depressão, evidenciando a necessidade de um olhar mais crítico e reflexivo acerca da temática (NASCIMENTO; BRITO; SANTOS, 2013; SILVA et al., 2010).

É considerada depressão, uma condição psiquiátrica relacionada ao humor rebaixado abrangendo sintomas psicológicos, comportamentais e físicos, que, conforme a fase de vida da pessoa acometida pode-se haver a interferência de outras variáveis como, por exemplo, idade avançada, mudanças no papel social, situação de perda e presença de comorbidades. Configura-se um importante problema de saúde pública, acarretando elevados custos ao indivíduo e à própria sociedade quando não se há um diagnóstico e tratamento adequado, especialmente por compreender uma relevante causa de incapacidade (CANINEU, 2007).

Os quadros de depressão na terceira idade são decorrentes de mudanças biopsicossociais, nas quais o idoso passa a sofrer modificações em seu estado físico e psicológico, podendo gerar consequências em nível pessoal e social, influenciando a forma de perceber o mundo, o estilo de vida e o estado psicossomático do indivíduo. Sendo assim, alguns fatores de risco que implicam esse processo referem-se muitas vezes às perdas contínuas, diminuição do apoio sócio familiar, prejuízos ocupacionais e econômicos, debilidade física continuada, maior frequência de doenças físicas e incapacidades, além de

fenômenos neurodegenerativos incidentes com o avançar da idade capazes de produzir sintomas depressivos (SILVA et al., 2010).

Vale destacar que apesar de sua significativa importância, é bastante reduzido o diagnóstico de depressão em idosos. Estima-se que 50% dos idosos depressivos não são diagnosticados pelos profissionais de saúde que exercem atividade na atenção primária. Questões que podem interferir na sua identificação são, por exemplo, o insidioso início dos sintomas, com tendência dos mesmos serem expressos pelos pacientes sob a forma de queixas físicas, como fadiga, sono, falta de apetite, levando médicos generalistas atribuir culturalmente e erroneamente sintomas depressivos como sendo características normais do envelhecimento ou secundários a alguma outra patologia clínica (FRANK; RODRIGUES, 2011; BRASIL, 2007).

Considerando que o cuidado em saúde abrange não somente os aspectos biológicos do indivíduo, mas a sua complexidade biopsicossocial, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como fundamento a reorientação dos serviços de saúde por meio de práticas voltadas para a integralidade da atenção e ações intersetoriais, incluindo ações sobre as exposições, vulnerabilidades e necessidades dos indivíduos, possibilitando aos profissionais da equipe a compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenção para além das práticas curativas. Apesar disso, essa estratégia ainda enfrenta uma série de dificuldades, destacando-se a fragmentação das relações entre os diferentes profissionais e do processo de trabalho, a ineficaz complementaridade entre rede básica e o sistema de referência, a baixa interação das equipes, o despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção e o precário investimento na qualificação dos profissionais (MARIN et al., 2008).

Visando superar essas dificuldades, políticas de saúde foram aprovadas pelo Ministério da Saúde, estando entre elas, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e o Pacto em Defesa da Vida que compreende a saúde do idoso como um das prioridades. Nesse contexto, elas reafirmam que a atenção primária deverá ser o meio de inserção inicial do idoso nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), e contar com a referência da rede de serviços especializados de saúde, envolvendo a média e alta complexidade. Associado a isso, Cadernos de Atenção Básica específicos para a população idosa norteiam práticas adequadas para o desenvolvimento da assistência integral da saúde (MARIN et al., 2008).

Em vista disso, os profissionais que atuam na ESF precisam estar cientes das suas responsabilidades e preparados para lidar com a saúde do idoso de forma integral, buscando-se também, evidenciar a realidade social a qual está inserido para intervir dentro das possibilidades. No entanto, tem-se observado, enquanto discente em atividades práticas

vivenciadas na ESF, que a assistência a essa parcela da população está voltada para doenças crônico-degenerativas a fim de diagnosticar e tratar apenas patologias físicas, tornando-se distante o olhar holístico para a identificação de outras necessidades muitas vezes ignoradas pelos profissionais, como o estímulo ao envelhecimento ativo, independência e autonomia, fatores indispensáveis para uma boa saúde mental, corroborando em risco para o desenvolvimento de sentimentos negativos e consequentemente sintomas depressivos na pessoa idosa.

Nesse cenário, identifica-se um considerável número de idosos apresentando sintomas depressivos, inseridos num contexto de atenção em saúde precário em identificar e tratar precocemente a doença, que podem estar relacionado tanto ao despreparo profissional em reconhecer tais sintomas quanto ao não conhecimento dos fatores de risco associados. Considerando o exposto, justifica-se essa pesquisa pelo aumento da população idosa que vem ocorrendo de forma rápida e progressiva, paralelo a isso, há um aumento na prevalência de depressão entre essas pessoas, aliado a um contexto de baixa detecção dos sintomas iniciais da doença pelos profissionais de saúde.

Sendo assim, identificar precocemente os sintomas depressivos em idosos de uma comunidade e observar seus fatores associados é uma preocupação importante, pois, com isso, é possível prevenir agravos da doença, reduzir gastos públicos, atuar sobre fatores de risco e promover a melhoria e manutenção da qualidade de vida dos idosos. Diante do exposto surgiram alguns questionamentos: Qual a prevalência de depressão em idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde? Qual a associação entre depressão e as variáveis sociodemográficas de idosos da atenção básica?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Determinar a prevalência de depressão em idosos cadastrados em uma Estratégia de Saúde da Família do município de Cajazeiras-PB, através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, versão curta (EDG-15).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos idosos participantes da pesquisa;
- Constatar a associação entre depressão em idosos da atenção básica e as variáveis sociodemográficas.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 ASPECTOS GERAIS DO ENVELHECIMENTO

3.1.1 Definição

A Política Nacional do Idoso (PNI), Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, e o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, define idoso pessoas com 60 anos ou mais. No entanto, torna-se inadequado caracterizar uma pessoa como idosa tendo como critério apenas a idade, pois no grupo classificado como terceira idade incluem-se indivíduos distintos entre si, tanto nos aspectos socioeconômico, como demográfico e epidemiológico (CABRAL et al., 2013).

Do ponto de vista biogerontológico, o processo de envelhecimento é dinâmico e progressivo, envolve modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas diminuindo a capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente tornando-o predisposto e vulnerável a processos patológicos que podem levá-lo à morte (NETTO, 2011).

Contudo, sabe-se que o envelhecimento é um processo complexo que deve transcender a visão puramente biológica que tratam os problemas dos idosos como “coisas da idade” ou “agravos esperados” e abranger a interrelação entre os aspectos físicos, funcionais, psicológicos, ambientais e socioeconômicos, onde o objetivo maior trata-se da qualidade de vida, uma vez que o envelhecimento ocorre de forma diferente entre as pessoas (CABRAL et al., 2013).

Admitem-se atualmente duas formas de envelhecimento, o usual ou comum e o bem sucedido ou saudável. Na forma comum, fatores extrínsecos como o tipo de alimentação, sedentariedade e causas psicossociais, intensificariam o processo de envelhecimento, enquanto que na forma saudável estes fatores não estariam presentes ou seriam de menor importância. Diante disso, dá-se uma ênfase nos benefícios encontrados nos exercícios físicos, moderação nas bebidas alcoólicas, cessação do hábito de fumar e dieta adequada, por exemplo, a fim de obter as condições necessárias a uma velhice bem sucedida que estão diretamente relacionadas com o baixo risco de doenças e de incapacidades funcionais, o bom funcionamento mental e físico e envolvimento ativo com a vida (NETTO, 2011).

É fato que o avançar da idade remete maiores chances de ocorrência de doenças e prejuízos físicos, psíquicos e sociais já que mais anos vividos podem constituir anos de sofrimento para os indivíduos e suas famílias, serem marcados por doenças com sequelas, perda funcional, dependência, perda da autonomia, isolamento social e depressão. No entanto,

se os indivíduos envelhecerem com autonomia e independência, boa saúde física, tendo papel ativo na sociedade a sua qualidade de vida pode ser muito boa (PASCHOAL, 2011).

Diante desse quadro, têm-se um desafio para as políticas públicas, no que se refere ao envelhecimento da população, que abrange a necessidade do fornecimento de serviços e benefícios, que possibilitem uma vida longa e de qualidade, com saúde e dignidade nessa fase da vida (BRASIL, 2010).

3.1.2 Aspectos Demográficos e Sociais da Saúde do Idoso

O envelhecimento populacional refere-se ao aumento da proporção de idosos de uma população sendo considerado um processo natural, irreversível e mundial. A população idosa brasileira tem crescido de forma rápida e progressiva. Segundo IBGE, existem no Brasil, aproximadamente, 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, representando pelo menos 10% da população brasileira (BRASIL, 2010).

Estima-se que, em 2025, o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Em 2050, a população idosa alcançará os 22,71% da população total. Os principais determinantes para este cenário de transição demográfica acelerada relaciona-se a redução expressiva na taxa de fecundidade, associada à forte redução da taxa de mortalidade infantil e aumento da expectativa de vida (MORAES, 2012).

Vale destacar que há diferenças em relação ao processo de envelhecimento entre os países desenvolvidos e os em desenvolvimento. Nos primeiros o envelhecimento ocorreu lentamente, associado à melhoria nas condições de vida, no segundo, esse processo vem ocorrendo rapidamente, sem que houvesse uma reorganização social e de saúde adequadas para atender às novas demandas, o que denota a necessidade de políticas públicas que contribuam para o aumento da expectativa de vida preservando o melhor estado de saúde possível, objetivando um envelhecimento ativo e com qualidade de vida, já que, estando a saúde do indivíduo diretamente ligada com suas relações com o meio social, físico, psíquico, político, econômico, cultural e ambiental de uma sociedade, faz-se necessário mudanças nesses aspectos para gerar um ambiente mais favorável a pessoa idosa (BRASIL, 2010).

Por um lado, se o envelhecimento populacional trouxe os benefícios de uma maior longevidade, por outro, originou um novo perfil de morbimortalidade, como aumento das doenças crônico-degenerativas, que vêm tomando o lugar das infectocontagiosas como primeira causa de mortalidade (NASCIMENTO; BRITO; SANTOS, 2013).

Sendo assim, as mudanças demográficas e epidemiológicas refletem grandes preocupações não só em decorrência dos agravos de doenças crônicas, mas da interação da saúde física e mental, da independência financeira, capacidade funcional e suporte social (FONTENELE et al., 2013).

No tocante aos aspectos sociais, sabe-se que a saúde é afetada ao longo da vida pelas características do contexto social, que podem gerar desigualdades nas exposições e vulnerabilidades, interferindo no bem estar, independência funcional e qualidade de vida dos idosos (GEIB, 2010), além de contribuir para exacerbação de problemas de saúde.

Dentre os fatores individuais que influenciam a saúde do indivíduo destacam-se características como, idade, gênero, fatores genéticos, fatores relacionados ao comportamento e estilo de vida. No contexto dos determinantes sociais de saúde, os comportamentos muitas vezes ultrapassam responsabilidades individuais quando são fortemente influenciados por informações, propagandas, possibilidade de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros. As condições econômicas, culturais e ambientais funcionam como macrodeterminantes que agem sobre todos os outros, pois o padrão de vida alcançado por grupos específicos determina a escolha da moradia, do trabalho, das interações sociais e dos hábitos alimentares, com repercussões sobre a saúde (GEIB, 2010).

Dessa forma, enfoca-se que é necessário ampliar e assegurar que as políticas públicas sejam efetivas e que envolvam setores distintos, como a saúde, a economia, o mercado de trabalho, a seguridade social e a educação, revelando o caráter integral para a referida efetividade (ANDRADE et al., 2010).

Segundo a política brasileira que trata da saúde do idoso, a perda da capacidade funcional é considerada como problema primordial para esses indivíduos, sendo esse problema entendido como a perda das faculdades físicas e mentais imprescindíveis para a realização de atividades da vida diária. Logo, expressa-se a necessidade de aperfeiçoar as políticas públicas existentes, para ampliar sua capacidade de assistir com qualidade a esses cidadãos (RODRIGUES et al., 2007).

3.2 DEPRESSÃO NO IDOSO

A prevalência de depressão é elevada e crescente em populações de todos os continentes produzindo graves impactos que configuram a doença como um dos mais sérios problemas de saúde pública do início do século XXI (BOING et al., 2012).

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2010), do IBGE, mostram que a população de idosos no Brasil cresce em ritmo consistente e num número

maior do que o de pessoas que nascem. Com isso, aumenta-se o índice de doenças no grupo de 21 milhões de brasileiros que têm mais de 60 anos. De acordo com a Síntese de Indicadores Sociais, quase metade dos idosos do país (48,9%) sofre de mais de uma doença crônica. E uma das mais graves é a depressão, queixa de 9,2%.

Os sintomas depressivos estão frequentemente presentes em idosos, variando de 8 a 16% e, muitas vezes, é negligenciada sendo vista como uma consequência natural do envelhecimento. A doença está entre as três principais causas de incapacidade no mundo moderno cuja importância na morbimortalidade geral se aproxima à observada nas doenças crônicas degenerativas. Estima-se que em 2030 o transtorno depressivo venha a assumir a segunda posição como causa de incapacidade em todo o mundo e a primeira causa nas nações de renda per capita elevada. Constitui um dos problemas psiquiátricos mais comuns e importantes em adultos e idosos, atingindo ao menos um a cada seis idosos assistidos na atenção básica (REBELLO et al., 2011; MORAES, 2012).

Devido a multiplicidade de manifestações a conceituação e diagnóstico da depressão é difícil. Entretanto, diversas pesquisas sobre a temática vem mudando gradativamente esse quadro (NASCIMENTO; BRITO; SANTOS, 2013). A depressão é caracterizada como um distúrbio da área afetiva ou do humor de natureza multifatorial, exercendo grave impacto funcional envolvendo diversos aspectos biopsicossociais. Os principais sintomas são o humor deprimido e a perda do interesse ou prazer em quase todas as atividades. Apresentar-se de forma heterogênea em idosos, tanto em relação à sua etiologia quanto aos aspectos relacionados à sua apresentação e ao seu tratamento (CARREIRA et al., 2011).

O humor é uma função indispensável para a preservação da autonomia do indivíduo, sendo essencial para a realização das atividades de vida diária. Consequentemente, um transtorno do humor como a depressão gera repercussão em todos os aspectos de vida do idoso, exercendo impacto tanto para a saúde pública, quanto na capacidade funcional e qualidade de vida, pois afetam o convívio social, impossibilitando uma rotina de vida satisfatória havendo o risco inerente de morbidade e cronicidade, provocando muitas vezes, medo, insegurança e dificuldades no acesso aos recursos sociais e de saúde (MORAES, 2012; AGUIAR et al., 2014).

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria, utilizam-se os seguintes critérios necessários para caracterizar a depressão, contidos no DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-4ª edição): humor depressivo na maior parte do dia; perda de interesse ou prazer; agitação ou retardo psicomotor; fadiga e diminuição de energia; sentimentos de culpa e desesperança excessivos ou inadequados, diminuição da concentração

e da memória; pensamentos de morte ou suicídio; onde os dois primeiros itens são obrigatórios para o diagnóstico de depressão, combinados a pelo menos quatro outros itens, que devem estar presentes na maior parte do dia e pelo menos ao longo de duas semanas (APA, 1994).

Quando acometido por depressão, o idoso sente-se angustiado, devido aos sentimentos negativos assim como a limitações físicas, desencadeando, uma grande variedade de transtornos físicos e funcionais para esses indivíduos. Sintomas como falta de apetite, baixa auto-estima, falta de iniciativa, déficit de concentração são muito frequentes. (NASCIMENTO; BRITO; SANTOS, 2013).

Dentre os principais fatores de risco envolvidos no processo desta enfermidade destacam-se: sexo feminino, maior faixa etária, estado marital, restrições socioeconômicas, baixa escolaridade, atribuições de personalidade, distúrbios do sono, inadequações da moradia, déficit no suporte social, eventos de vida estressores, quadro psiquiátrico prévio, declínio cognitivo, restrições funcionais e presença de comorbidades, sejam elas crônicas ou agudas (RODRIGUES et al., 2014).

O Ministério da Saúde destaca os seguintes fatores de risco para evolução da depressão, como a ausência de relações de confiança, abandono, isolamento, dificuldades nas relações pessoais, problemas de comunicação, conflitos com a família ou com outras pessoas da comunidade e dificuldades econômicas (BRASIL, 2006).

Frente ao exposto, destaca-se que apesar de comum em idosos, a depressão é frequentemente subdiagnosticada e não tratada. E em geral, os profissionais de saúde veem os sintomas depressivos como manifestações normais desinente do próprio processo de envelhecimento, ou os confundem com ansiedade e tristeza. A falha no diagnóstico e a inexistência de uma intervenção adequada podem determinar um pior prognóstico e comprometimento físico, social e funcional, causando impacto negativo sobre a qualidade de vida do idoso (BRETANHA et al., 2015).

3.3 ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O diagnóstico da depressão é essencialmente clínico, porém os índices de reconhecimento dos sintomas depressivos e consequente instituição de um tratamento adequado são diminutos, especialmente na atenção básica (FRANK; RODRIGUES, 2011). Estima-se que 50% dos idosos com depressão não são diagnosticados pelos profissionais de saúde da atenção primária (BRASIL, 2007).

Mostra-se um desafio para a saúde, como consequência do envelhecimento populacional, a prevenção e retardamento de doenças e deficiências, a manutenção da saúde, independência e mobilidade dos idosos, interferindo diretamente na qualidade de vida desses indivíduos tanto no aspecto físico como mental. Diante disso, a busca de fortalecimento, ampliação e aperfeiçoamento do Programa de Saúde da Família e qualificação de seus profissionais são consideradas importantes estratégias de cuidado para esses idosos desde que haja foco e esforços para tal (COUTINHO et al., 2013).

O objetivo do Sistema Único de Saúde (SUS) com a saúde dos idosos deve ser de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência desses indivíduos. Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) configura-se como modelo de atenção básica e como centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS, para desenvolver ações de promoção da saúde que causem impacto positivo na atenção à saúde do idoso (FONTENELE et al., 2013).

Portanto, sendo a depressão uma condição clínica que acomete frequentemente a terceira idade, apresentando-se de forma heterogênea e relacionando-se com aspectos e situações de vida individuais, é fundamental que os profissionais de saúde estejam aptos a identificar fatores de riscos associados a depressão, assim como sinais e sintomas que por vezes passam despercebidos e sejam capazes de utilizar métodos diagnósticos para avaliar e intervir no quadro depressivo. Dessa forma, devido à complexidade dos sinais e sintomas diagnósticos, se faz necessário o auxílio de instrumentos específicos para a detecção da doença, como as escalas psicométricas, criadas com a intenção de rastrear pacientes deprimidos de uma forma primária e padronizada (SOUSA et al., 2010), a exemplo da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage que foi desenvolvida especificamente para os idosos, avalia o nível de humor do idoso através das respostas obtidas, é de fácil aplicação e compreensão e sua versão reduzida de 15 itens pode ser utilizada por qualquer profissional da Atenção Básica.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo descritiva com abordagem quantitativa. Para Marconi e Lakatos (2010) a pesquisa de campo é utilizada para obter informações e/ou conhecimentos sobre determinado problema, hipótese ou até mesmo descobrir novos fenômenos, caracterizada pela observação de fatos e fenômenos coletando os dados referentes a eles e registrando variáveis relevantes para analisá-los.

O estudo descritivo tem como propósito descrever características de determinada população ou identificar possíveis relação entre variáveis, sendo a abordagem quantitativa um artifício utilizado com objetivo de coletar sistematicamente dados sobre populações, programas ou amostras de populações e programas (GIL, 2010).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no município de Cajazeiras, estado da Paraíba, situada 477 km distante da capital, com área territorial é de 565,899 km² e sua população estimada em 58.446 habitantes (IBGE, 2010). Segundo dados do DATASUS (2012), a cidade de cajazeiras possui uma população idosa estimada em 7.628 pessoas e 23 Unidades de Saúde da Família.

Dentre as 23 Unidades de Saúde da Família em funcionamento, a escolhida como local da pesquisa foi a Unidade Básica de Saúde Bela Vista, situada na Rua Francisco Martins, Bairro Bela Vista, que abrange uma população de 2.788 pessoas cadastradas e está dividida em cinco microáreas.

Justifica-se a escolha deste local pela familiaridade com a unidade em virtude de estágio curricular realizado na mesma, somado a evidências visualizadas no transcorrer desse período, tendo observado a contribuição da situação socioeconômica precária para o comprometimento da saúde dos usuários, tanto físicas como mentais. Assim, surgiu a indagação sobre a prevalência de depressão nessa comunidade.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população dessa pesquisa foi composta por todos os indivíduos com 60 anos ou mais residentes e cadastrados na área adscrita da Unidade Básica de Saúde Bela Vista, no município de Cajazeiras-PB, totalizados em 252 idosos. Para selecionar uma amostra proporcional e representativa em relação ao universo pesquisado, realizou-se cálculo amostral

com um nível de confiança de 95% e margem de erro aceitável de 5%, totalizando uma amostra de 153 idosos.

Utilizou-se a fórmula abaixo para determinação do tamanho amostral:

$$n = \frac{z_{(1-\gamma)/2}^2 N p (1-p)}{d^2 (N-1) + z_{(1-\gamma)/2}^2 p (1-p)}$$

Onde,

Prevalência = 50% (máxima possível)

d = 0,05 (margem de erro aceitável)

N = 252 (tamanho da população)

Z = 95% (coeficiente de confiança)

n = tamanho da amostra

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Ter idade igual ou superior a 60 anos; estar cadastrado na Unidade Básica de Saúde selecionada e apresentar estado físico e mental capaz de responder ao questionário, mostrando-se consciente e orientado no tempo e espaço.

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Idosos pertencentes a microáreas descobertas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) já que a visita aos domicílios seriam orientadas pelos mesmos e idosos não encontrados em sua residência após duas tentativas de visita em horários diferentes, com o intuito de minimizar o tempo gasto na coleta, havendo reposição da amostra visitando outro domicílio.

4.6 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

Foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) abreviada de Yesavage, com 15 itens, contendo perguntas com respostas dicotômicas (sim/não). Para identificar como suspeito de depressão, nas questões 1, 5, 7, 11, 12, 13, 14, as respostas apropriadas (não deprimidos) correspondem a “sim” e todas as outras “não”. Cada resposta inadequada vale 1 ponto e cada resposta adequada vale 0 pontos, após o somatório das respostas é considerado o

escore sugestivo de depressão a partir de 06 pontos (APÊNDICE A). Para Paradela, Lourenço e Veras (2005), o ponto de corte em 5/6 (não caso/caso) se mostra adequado quando se levam em conta critérios de acurácia diagnóstica, sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas.

Corroborando com isso, Almeida e Almeida (1999) demonstraram que a versão brasileira da EDG-15 oferece medidas válidas para o diagnóstico de episódio depressivo maior de acordo com os critérios da CID-10 e DSM-IV, onde o ponto de corte 5/6 (não caso/caso) produziu índices de sensibilidade de 85,4% e especificidade de 73,9%.

A EDG é um dos instrumentos mais utilizados para o rastreamento de depressão em idosos oferecendo medidas válidas e confiáveis. Descrita em língua inglesa por Yesavage et al. (1983), a escala original tem 30 itens e foi desenvolvida especialmente para o rastreamento dos transtornos de humor em idosos. A EDG com 15 itens (EDG-15) é uma versão curta da escala original elaborada por Sheikh e Yesavage, a partir dos itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão. Essa versão reduzida é ideal para rastreamento dos transtornos do humor em ambulatórios gerais, assim como em outros ambientes não especializados, pois o tempo necessário para a sua administração é menor, além de apresentar como vantagens ser composta por perguntas fáceis de serem entendidas, ter pequena variação nas possibilidades de respostas, podendo ser auto aplicada ou aplicada por um entrevistador treinado. (PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005).

Utilizou-se também, um questionário sociodemográfico elaborado pelas pesquisadoras (APÊNDICE B), cujas variáveis foram: sexo, raça, faixa etária, situação conjugal, religião, escolaridade, arranjo familiar, renda individual mensal, situação previdenciária, luto recente, participação em grupos de convivência e presença de doença crônica.

Para a condução deste estudo, os dados foram coletados após aprovação do comitê de ética em pesquisa, por meio de entrevistas individuais realizadas no domicílio do idoso, tendo ocorrido durante o mês de agosto de 2015, nos turnos manhã e tarde. As visitas eram orientadas pelas agentes comunitárias de saúde que levava a pesquisadora até as residências correspondentes a sua microárea. Os idosos que obedecessem aos critérios de inclusão da pesquisa e que aceitassem participar da mesma após entendimento e concordância com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido era entrevistado pela pesquisadora, onde se preenchia o questionário sociodemográfico respondido individualmente e logo após aplicava-se a escala de depressão geriátrica.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Utilizou-se a Regressão de Poisson para avaliar as associações entre os sintomas depressivos e as variáveis independentes. Os dados foram analisados no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20. Inicialmente, foram realizadas regressões de Poisson bivariada tendo como variável dependente a depressão e independente as variáveis demográficas. Aquelas que exibiram probabilidade menor ou igual a 20% ($p \leq 0,2$) de não excluir a hipótese nula, foram tidos em conta em um modelo multivariado de Poisson. Foi utilizado o estimador robusto na matriz de covariância para obter erros padrões mais robustos. A magnitude dos efeitos dos testes foram interpretadas como razões de prevalência (RP), com intervalos de confiança de 95%.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa obedeceu aos aspectos éticos e seguiu as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Sendo assim, a coleta ocorreu após aprovação do comitê de ética e pesquisa, sob parecer nº 1.171.892 (Anexo A), e diante anuência da secretaria municipal de saúde pelo departamento de educação em saúde (Anexo B). Todos os participantes assinaram o TCLE (Apêndice B). Portanto, foram respeitados os direitos dos participantes e garantido os devidos princípios éticos durante a pesquisa.

5 RESULTADOS

Exporemos a seguir tabelas elaboradas a partir dos dados identificados durante a pesquisa, que permitiram averiguar o perfil dos idosos cadastrados em uma Estratégia de Saúde da Família do município de Cajazeiras-PB, assim como determinar prevalência de depressão através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage versão reduzida (EDG-15) e analisar a associação da depressão com variáveis sociodemográficas através do modelo estatístico Regressão de Poisson.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

A tabela 1 demonstra o perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa. Dos 153 idosos entrevistados, 66,7% eram mulheres, 46,4% brancos, 60,8% pertenciam ao grupo etário 60 a 69 anos, 49,7% casados, 86,3% católicos, 56,3% tiveram estudo primário, 42,5% vivem com familiares sem o companheiro, 90,8% não participavam de grupos de convivência, 86,9% tem renda individual mensal entre 1 a 2 salários mínimos e 63,4% aposentados.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa, Cajazeiras - PB, 2015 (n = 153).

Variáveis	f	%
Sexo		
Feminino	102	66,7
Masculino	51	33,3
Raça		
Branco	71	46,4
Parda	51	33,3
Negra	31	20,3
Faixa etária		
60 a 69	93	60,8
70 a 79	34	22,2
80 ou mais	26	17,0

Continua

Continuação

Variáveis	F	%
Estado civil		
Casado	76	49,7
Divorciado	16	10,5
Solteiro	09	5,9
Viúvo	52	34,0
Religião		
Católica	132	86,3
Espírita	01	0,7
Evangélica	14	9,2
Não tem	06	3,9
Grau de Escolaridade		
Ensino Primário	86	56,3
Ensino Secundário	05	3,3
Ensino Superior	02	1,3
Sem escolaridade	60	39,2
Arranjo Familiar		
Com companheiro(a)	17	11,1
Com companheiro(a) e familiares	59	38,6
Com familiares (sem companheiro(a))	65	42,5
Sozinho(a)	12	7,8
Participação em grupos de convivência		
Não	139	90,8
Sim	14	9,2
Renda individual mensal		
< 1 salário mínimo	06	3,9
1 a 2 salários mínimos	133	86,9
> 2 salários mínimos	01	0,7
Sem renda	13	8,5

Variáveis	F	%
Situação previdenciária		
Aposentado	97	63,4
Pensionista	08	5,2
Aposentado e Pensionista	28	18,3
Não é aposentado	20	13,1
Total geral	153	100%

Fonte: Dados da pesquisa/2015.

5.2 CARACTERIZAÇÃO QUANTO A SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA, VIVÊNCIA DE LUTO RECENTE E PRESENÇA DE DOENÇA CRÔNICA

Por meio da tabela 2 é possível identificar o total de idosos suspeitos de depressão, assim como verificar a vivência de luto recente e presença de doenças crônicas. Destaca-se 28,1% dos idosos com depressão, 70,6% não vivenciavam luto recente e 62,1% apresentavam uma ou mais doenças crônicas.

Tabela 2 - Caracterização dos participantes da pesquisa quanto à sintomatologia depressiva, vivência de luto e presença de doenças crônicas, Cajazeiras - PB, 2015 (n=153).

Variáveis	F	%
Suspeição de depressão		
Com Depressão	43	28,1
Sem Depressão	110	71,9
Luto recente (há menos de um ano)		
Não	108	70,6
Sim	45	29,4
Presença de doença crônica		
Não	58	37,9
Sim	95	62,1
Total geral	153	100%

Fonte: Dados da pesquisa/2015.

5.3 DETERMINAÇÃO DOS FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO

A explanação da tabela 3 exibe os resultados bivariados da associação entre depressão e variáveis demográficas. Os resultados mostraram que mulheres, viúvos (as), divorciados (as) e as pessoas sem religião tem maior prevalência de depressão, enquanto as pessoas que moram com companheiro e familiares tem menor prevalência de depressão quando comparados às que moram sozinhas. Verificou-se que aposentados e pensionistas e pessoas com doenças crônicas possuem maior prevalência de depressão.

Tabela 3 - Modelo bivariado da depressão e dados sociodemográficos.

		Sem depressão		Com depressão		P	RP bruta	IC 95%	
		n	%	n	%			Inferior	Superior
Sexo	Masculino ref.	42	82,4%	9	17,6%				
	Feminino	68	66,7%	34	33,3%	0,05	1,88	0,48	3,63
Pele	Branco ref.	49	69%	22	31%				
	Parda	36	70,6%	15	29,4%	0,85	0,94	0,54	1,64
	Negra	25	80,6%	6	19,4%	0,24	0,62	0,28	1,38
Idade	60 a 69 anos ref.	69	74,2%	24	25,8%				
	70 a 79 anos	25	73,5%	9	26,5%	0,94	1,02	0,53	1,98
	Mais de 80 anos	16	61,5%	10	38,5%	0,21	1,49	0,82	2,70
Estado civil	Casado ref.	63	82,9%	13	17,1%				
	Viúvo	33	63,5%	19	36,5%	0,01	2,13	1,16	3,93
	Divorciado	8	59%	8	50%	<0,01	2,92	1,45	5,86
	Solteiro	6	66,7%	3	33,3%	0,21	1,94	0,68	5,55
Religião	Católico ref.	96	72,7%	36	27,3%				
	Evangélico	11	78,6%	3	21,4%	0,65	0,78	0,27	2,22
	Não Tem	2	33,3%	4	66,7%	<0,01	2,44	1,30	4,59
	Espírita	1	100%	0	0,0%	*			
Escolaridade	Analfabeto ref.	41	68,3%	19	31,7%				
	Alfabetizado	69	74,2%	24	25,8%	0,42	0,81	0,49	1,35
Grau de ensino	Não possui ref.	41	68,3%	19	31,7%				
	Ens. Fund. Incomp.	52	72,2%	20	27,8%	0,62	0,87	0,51	1,48
	Ens. Fund. Compl.	10	71,4%	4	28,6%	0,82	0,90	0,36	2,23
	Ens. Méd. Incompl.	0	0,0%	0	0,0%	*			
	Ens. Méd. Compl.	5	100%	0	0,0%	*			
	Ens. Sup. Incompl.	0	0,0%	0	0,0%	*			
	Ens. Sup. Compl.	2	100%	0	0,0%	*			

Continua

		Sem depressão				Com depressão		Conclusão	
		n		%		P	RP bruta	IC 95%	
								Inferior	Superior
Arranjo familiar	Sozinho(a) <small>ref.</small>	6	50%	6	50%	0,08	0,35	0,10	1,14
	Com companheiro(a)	14	82,4%	3	17,6%				
	Com companheiro(a) e familiares	49	83,1%	10	16,9%	<0,01	0,33	0,15	0,75
	Com familiares (sem o companheiro)	41	63,1%	24	36,9%	0,36	0,73	0,38	1,41
Renda individual	< 1 salário mínimo <small>ref.</small>	10	76,9%	3	23,1%	0,75	0,72	0,09	5,58
	1 a 2 salários mínimos	5	83,3%	1	16,7%				
	2 a 4 salários mínimos	93	70,5%	39	29,5%	0,63	1,28	0,45	3,57
	> 4 salários mínimos	1	100%	0	0,0%	*			
Situação previdenciária	Aposentado <small>ref.</small>	74	76,3%	23	23,7%	0,93	1,05	0,30	3,68
	Pensionista	6	75%	2	25%				
	Aposentado e Pensionista	14	50%	14	50%	<0,01	2,10	1,26	3,52
	Não é aposentado	16	80%	4	20%	0,72	0,84	0,32	2,17
Luto recente	Não <small>ref.</small>	78	72,2%	30	27,8%	0,88	1,04	0,60	1,80
	Sim	32	71,1%	13	28,9%				
Grupos convivência	Não <small>ref.</small>	98	70,5%	41	29,5%	0,27	0,48	0,13	1,79
	Sim	12	85,7%	2	14,3%				
Doença crônica	Não <small>ref.</small>	49	84,5%	9	15,5%	0,01	2,30	1,19	4,45
	Sim	61	64,2%	34	35,8%				

Fonte: Dados da pesquisa/2015.

ref. - variável de referencia para comparação.

* Dados não estimados em função da ausência de frequência.

A tabela 4 mostra as variáveis que apresentaram significância estatística menor ou igual a 0,2 e que foram inseridas em um modelo multivariado de regressão. Nesse modelo permaneceram estatisticamente significativas a associação entre depressão e estado civil divorciado, pessoas sem religião e as com doença crônica, ambos com maior prevalência de depressão.

Tabela 4 - Modelo multivariado da depressão e dados sociodemográficos.

		B	Erro padrão (B)	p	RP ajustada	IC 95%	
						Inferior	Superior
Sexo	Masculino <small>ref.</small>						
	Feminino	0,58	0,35	0,09	1,79	0,90	3,56
Estado civil	Casado <small>ref.</small>						
	Viúvo	0,86	0,70	0,22	2,38	0,59	9,53
	Divorciado	1,38	0,64	0,03	3,97	1,13	13,97
	Solteiro	0,96	0,71	0,17	2,62	0,64	10,62
Religião	Católico <small>ref.</small>						
	Evangélico	-0,44	0,54	0,42	0,64	0,21	1,89
	Não Tem	0,85	0,33	0,01	2,34	1,23	4,55
Arranjo familiar	Sozinho(a) <small>ref.</small>						
	Com companheiro(a) e familiares	0,11	0,55	0,84	1,11	0,37	3,32
	Com familiares (sem o companheiro)	-0,39	0,34	0,25	0,67	0,33	1,33
Situação previdenciária	Aposentado <small>ref.</small>						
	Pensionista	-0,29	0,69	0,67	0,74	0,19	2,91
	Aposentado e Pensionista	0,50	0,40	0,21	1,65	0,74	3,67
	Não é aposentado	0,44	0,47	0,35	1,55	0,61	3,96
Doença crônica	Não <small>ref.</small>						
	Sim	0,83	0,33	0,01	2,29	1,18	4,42

Fonte: Dados da pesquisa/2015.

ref. - variável de referencia para comparação.

6 DISCUSSÃO

6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Ao analisar o perfil dos idosos desse estudo (Tabela 1), observa-se que a maioria é do sexo feminino. Em geral, em todo o mundo, é notável uma proporção maior de mulheres idosas do que de homens, a chamada “feminização do envelhecimento”. As mulheres representam 55,5% da população idosa brasileira e 61% do contingente de idosos acima de 80 anos (IBGE, 2011). Esse fenômeno resulta da maior expectativa de vida das mulheres que, em média, vivem 8 anos a mais que os homens. Dentre os fatores que concorrem para isso, especialistas destacam as mortes violentas, cujas vítimas, quando jovens e adultas, são homens em mais de 90% dos casos. Além disso, há culturalmente um acompanhamento médico contínuo maior entre as mulheres do que entre os homens ao longo de suas vidas (BANDEIRA; MELO; PINHEIRO, 2010). Oliveira et al (2012) ainda destaca o fato das mulheres se cuidarem mais do que os homens e de se exporem menos a riscos, sendo maior a exposição dos homens às doenças cardiovasculares e às taxas elevadas de óbitos por câncer nesse sexo.

No tocante a raça, estudo realizado por Gonçalves e Andrade (2010) com idosos atendidos no Setor de Geriatria do Programa de Ação Integrada para o Aposentado em São Luís-MA com uma amostra de 102 idosos constatou a maioria de raça branca (62,7%), corroborando com os achados deste estudo. Os grupos raciais diferem no que diz respeito às características epidemiológicas, demográficas, socioeconômicas, acesso a serviços, dentre outros. Dados do IBGE (2013) indicam que os brancos têm maior proporção entre os idosos de 60 anos ou mais correspondendo a 53,4%, o que provavelmente está ligado às diferenças de condições de vida e acesso a cuidados de saúde, bem como à participação desigual na distribuição de renda, uma vez que os rendimentos médios mensais dos brancos se aproximam do dobro do valor relativo aos grupos de pretos e pardos.

Segundo o Relatório Anual de Desigualdades Raciais (2009-2010) elaborado pelo Laboratório de Análises Econômicas, Históricas, Sociais e Estatísticas das Relações Raciais (LAESER), nucleado no Instituto de Economia da Universidade do Rio de Janeiro (IE-UFRJ), a expectativa de vida para brancos tende a ser maior quando comparados aos negros e pardos, que vivem em média 67,03 anos, seis a menos do que os brancos. Além disso, em 2007, dos homicídios registrados, 64,09% eram de negros. Brancos, que antes representavam 38,5% dos mortos por assassinato, em 2007 foi 29,94%, menos da metade dos negros. Todas essas questões implicam no maior quantitativo de idosos da raça branca.

Em relação ao predomínio de idosos entre a faixa etária de 60 a 69 anos, pode-se dizer que é reflexo do perfil da população idosa brasileira, em que esse intervalo etário também representa maioria estatística. Dos 13% que representam o total de idosos de 60 anos ou mais no Brasil, 7,3% correspondem ao intervalo de 60 a 69 anos (IBGE, 2013), sugerindo a expectativa de vida no Brasil como um fator relevante para o maior predomínio de “idosos jovens”. Vale ressaltar que dentro do grupo das pessoas idosas, os denominados “mais idosos” (idade igual ou maior que 80 anos), vêm aumentando proporcionalmente e de forma muito mais acelerada, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos, 12,8% da população idosa e 1,1% da população total (BRASIL, 2010).

Referente ao estado civil, os achados dessa pesquisa condiz com os resultados do censo 2000 que demonstraram que os idosos casados da população brasileira totalizavam 51,8% e os viúvos 28,5%. (IBGE, 2000). O fato de o idoso estar casado é um fator positivo para sua saúde, por possibilitar um maior convívio social, além de um maior cuidado com a saúde, por um preocupar-se com o outro, associado a isso funciona como motivador da esfera social, cultural, psicológica e/ou biológica.

Quanto a religião, a maioria dos idosos entrevistados são católicos, aproximando-se do perfil da população brasileira em geral que é predominantemente católica, correspondendo a 64,6% (IBGE, 2010). Segundo Dendena et al. (2011), o aumento da religiosidade na velhice é explicada pela proximidade da morte fazendo com que idosos se aproximem de temas existenciais ou da transcendência por meio de crenças no sagrado, outro motivo é que por temerem a morte, os idosos passariam a acreditar mais em Deus e a rezar mais. Além disso, a participação em grupos religiosos propicia troca de apoio social e emocional para o enfrentamento de dificuldades.

Já a baixa escolaridade e analfabetismo evidenciados nessa pesquisa, reflete o acesso desigual da população à educação. O analfabetismo é um problema histórico no Brasil, a escola pública até a primeira metade do século XX era restrita às classes privilegiadas. As estatísticas censitárias revelam que os índices mais elevados de analfabetismo estão entre as faixas etárias mais velhas relacionado com o fato de ser este um grupo social abandonado pelo Poder Público quanto ao estabelecimento de políticas educacionais, enquanto o Censo de 2010 revela que 26% da população idosa brasileira é analfabeta (PERES, 2011; IBGE, 2010).

No estudo de Silva et al. (2009) destaca-se que a maior parte da renda dos idosos provém da Seguridade Social como, aposentadoria, pensões e benefícios da assistência social, sendo a aposentadoria a principal fonte de renda, também evidenciados nesse estudo. Dessa forma é possível associar este fato com a renda individual mensal dessa amostra de idosos,

onde ganham predominantemente de 1 a 2 salários mínimos correspondendo a uma aposentadoria e/ou pensão. Em comparação a média nacional, 61,2% dos idosos com 60 anos ou mais recebem entre 1 a 2 salários, correspondendo também a maioria (IBGE, 2013).

Analisando o idoso no arranjo familiar, predominaram idosos que vivem com familiares sem o companheiro, pertencendo a uma “família com idosos”, de acordo com a classificação segundo os autores Bertuzzi, Paskulin e Moraes (2012). Para eles, o idoso pode residir em uma “família de idosos”, onde o idoso é chefe ou cônjuge, ou em uma “família com idosos”, onde o idoso mora na condição de parente do chefe (pais, sogros e tios do chefe). Desta forma, frente esta classificação observa-se a dependência do idoso em relação aos demais membros da família.

Ao verificar-se a participação dos idosos em grupos de convivência observa-se que apenas uma minoria participava. Sabe-se que os grupos de convivência estimulam o indivíduo a adquirir maior autonomia, melhorar sua autoestima, qualidade de vida, senso de humor e promover sua inclusão social. (ALMEIDA et al., 2010). Devido a isso, têm sido uma alternativa estimulada em todo o Brasil. De maneira geral, inicialmente os idosos buscam, nesses grupos, melhoria física e mental, por meio de exercícios físicos.

A motivação é considerada um processo de ação em diversas situações, ou seja, razões pelas quais se escolhe fazer algo, executar algumas tarefas com maior empenho do que outras, ou persistir numa atividade por longo período de tempo. No momento em que surge uma barreira, esta pode interferir na quantidade e na qualidade de atividades que o indivíduo venha praticar. No processo de envelhecimento, cada indivíduo apresenta características singulares, as quais foram determinadas por sua história de vida. Nesse contexto, o que motiva ou impede cada indivíduo idoso para a prática de atividades e interação em grupos, é provável que esteja relacionado com suas experiências de vida (GARSKE, 2011).

Com isso, nota-se que o baixo índice de participação em grupos de convivência nesta pesquisa pode relacionar-se a barreiras biopsicossociais enfrentadas pelos idosos que variam de acordo com suas experiências de vida, a exemplo da falta de interesse, falta de tempo, prejuízos físicos que os impedem locomover-se de casa, entre outros.

6.2 CARACTERIZAÇÃO QUANTO A SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA, VIVÊNCIA DE LUTO RECENTE E PRESENÇA DE DOENÇA CRÔNICA

A prevalência de depressão encontrada nesse estudo é comparável àqueles conduzidos com amostras da atenção primária. Estudos nacionais de corte transversal realizados com a população idosa mostram que a prevalência de depressão está entre 5% e 52% quando

consideradas as diferentes formas e gravidade e variando de acordo com o instrumento utilizado e o local em que a população está inserida (SASS et al. 2012; FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, 2010; ALVARENGA et al., 2010; BORGES et al., 2013; BATISTONI et al., 2010; BORGES; DALMOLIN, 2012; NOGUEIRA et al., 2014; REBELO; PIRES; CARVALHO, 2013; BRETANHA et al., 2015).

Os estudos supracitados relacionam, no geral, esta incidência a fatores como gênero feminino, estado civil viúvo e divorciado, indivíduos de baixa renda e analfabetos, autopercepção negativa da saúde, luto recente, principalmente do cônjuge e filhos e comorbidades associadas.

Com relação ao luto, menor parte dos entrevistados dessa pesquisa vivenciava esse evento há menos de um ano. O processo de luto é comumente experimentado pelos idosos, pois vivenciam as perdas relacionadas ao processo de envelhecimento e as mudanças igualmente vivenciadas no corpo com o avançar da idade. O luto representa um conjunto de reações diante de uma perda, um processo de grande impacto no idoso, pois este traz consigo perdas pessoais e sociais, portanto, frequentemente permeado de dor, sendo constantemente penoso para o sujeito que o vivencia. Sendo assim, é algo a não ser desprezado, e sim, devidamente valorizado e acompanhado, como parte da saúde emocional, no qual deve-se considerar trabalhar essas perdas. Desta forma, podemos inferir que essa parcela de indivíduos necessita de uma atenção voltada para a esfera emocional a fim de possibilitar um melhor enfrentamento (OLIVEIRA; LOPES, 2008; MUCIDA, 2006)

Por fim ao analisarmos a presença de doenças crônicas nos idosos pesquisados, mais da metade apresentam alguma patologia diagnosticada, entre elas as mais citadas foram hipertensão, diabetes e doenças musculoesqueléticas. Estima-se que, 80% das pessoas com 65 ou mais, apresentem pelo menos uma doença crônica (BENJAMIN; CLUFF, 2001). Apesar do processo de envelhecimento não estar necessariamente relacionado com doenças e incapacidades, as doenças crônicas degenerativas frequentemente acometem as pessoas idosas podendo implicar na sua capacidade funcional e qualidade de vida, se não tratadas adequadamente.

6.3 DETERMINAÇÃO DOS FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO

Através da análise de regressões bivariada e multivariada (Tabela 3 e 4), foram observadas importantes associações da sintomatologia depressiva com as variáveis sociodemográficas. A literatura destaca que essas associações refletidas nas desigualdades sociais influenciam as condições de vida e de saúde e podem contribuir para o aparecimento

de sintomas depressivos que incluem alteração de humor, perda de interesse e prazer, distúrbios do sono e do apetite, sintomas característicos do Transtorno Depressivo Maior (TDM) e/ou Episódio Depressivo Maior (EDM) (BATISTONI et al, 2010; OMS, 1993; APA, 1994).

Nesse estudo as associações que foram estatisticamente significativas envolveram as variáveis: sexo, estado civil, religião, arranjo familiar, situação previdenciária e presença de comorbidades. No entanto, as que prevaleceram significativas após teste multivariado de associação, tornando-se as variáveis mais importantes a serem destacadas como fatores associados a depressão, foram os idosos divorciados, os que não possuíam religião e idosos que referiram possuir alguma doença crônica.

Com relação ao sexo, observou-se uma maior prevalência de sintomas de depressão entre mulheres, fato que está de acordo com dados da literatura que sugerem serem as mulheres mais vulneráveis ao desenvolvimento de sintomas depressivos durante a velhice. Dentre as possíveis explicações está o fato de que as mulheres vivem, em média, mais do que os homens e idades mais avançadas são acompanhadas por uma maior incidência de doenças crônicas, entre elas, a depressão (SILVA et al., 2012).

A maior prevalência de indicativo de depressão entre as mulheres, encontrada nessa pesquisa, corrobora outros estudos realizados com idosos, como no estudo de Aguiar et al. (2014) em um serviço gerontogeriátrico vinculado à Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), aonde aponta que as mulheres apresentaram maior frequência (16,7%) de depressão comparada aos homens. Nogueira et al. (2014) realizou um estudo com 621 indivíduos ≥ 60 anos provenientes de 27 equipes de saúde da família de Porto Alegre, RS, Brasil, no período entre 2010 e 2012 e comprovou que as mulheres apresentaram 1,4 vez mais casos de depressão. Fatores socioculturais associados com maior vulnerabilidade a eventos estressores podem contribuir para esses resultados, assim como, aspectos culturais de gênero, já que mulheres buscam mais auxílio para problemas de saúde e expressam mais abertamente seus sentimentos.

Em países como Portugal, esses dados são coincidentes, uma vez que estudo realizado por Sousa et al. (2010) com 443 idosos portugueses inseridos nos Centros de Saúde do Conselhos de Matosinhos refutam as considerações mencionadas acima e concluem ao final da pesquisa que idosos do sexo feminino apresentavam 3,8 vezes maior risco de sofrer de depressão.

Ferreira e Tavares (2013) destacam que o maior acometimento da depressão no sexo feminino pode estar relacionado a alterações hormonais, ocorridas no climatério, abrangendo

aspectos sociais e emocionais, como dificuldades financeiras, vivência do luto e falta de apoio familiar e de relações interpessoais. Associado a isso, diversos aspectos podem contribuir para a manifestação de sintomas depressivos durante o climatério, como a diminuição da autoestima, a irritabilidade, a redução da concentração, da memória e da libido (BRASIL, 2008). Esses sintomas podem representar uma expressão afetiva relacionada a esse momento vivenciado, quando é comum a saída dos filhos de casa, a aposentadoria, o desgaste do relacionamento conjugal, além das transformações físicas, quando a mulher percebe a perda da juventude, o que denota a necessidade de acompanhamento sistemático do enfermeiro e demais profissionais de saúde, com vistas à promoção da saúde, detecção e tratamento de agravos e prevenção de danos, como a depressão.

Outra variável associada a depressão é o estado civil, demonstrado nesta pesquisa que idosos viúvos e divorciados tendem a maior prevalência de depressão, concordando com diversos autores que apontam a solidão ou luto pela morte de um cônjuge na senilidade como possível fator de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos. A perda do companheiro tem sido associada a declínio mental e físico, ocorrendo sintomas depressivos cerca de dois a seis meses após a perda (BANDEIRA, 2008; SOUSA, et al., 2010).

A vivência do luto em idosos pode, comumente, transparecer como quadro depressivo. Em um contexto epidemiológico, em que a maioria da população idosa é constituída por mulheres, viúvas, com presença de comorbidades e, muitas vezes, com a capacidade funcional prejudicada, a morte do cônjuge pode agravar este conjunto de problemas, fazendo com que frequentemente o luto ocorra de uma forma mais complicada do que em pessoas não idosas (PARKES; PRIGERSON, 2010).

Dessa forma, o luto na senilidade pode representar um evento de sobrecarga, pois nessa fase da vida existe o risco de múltiplas e sequenciais perdas de familiares e amigos aumentando a vulnerabilidade para acometimentos à saúde. Sendo assim, idosos viúvos apresentaram grandes níveis de depressão, quando comparados aos não viúvos (FARINASSO; LABATE, 2015).

Assim como em viúvos, estudo realizado com 1.510 idosos na comunidade de Bambuí em Minas Gerais observou associação positiva de sintomas depressivos com o estado civil divorciado (CASTRO et al., 2008), corroborando com os achados de Aguiar et al. (2014), quanto à situação conjugal, que também apontou prevalência de depressão superior nos idosos separados/divorciados (20,7%). Estes dados são preocupantes, pois idosos pertencentes a esses grupos são mais propensos a morarem sozinhos. A associação entre a situação conjugal e os sintomas depressivos também foi demonstrada em um estudo que revelou que indivíduos

que vivem sem companheiro, têm maior prevalência de sintomas depressivos (LIMA; SILVA; RAMOS, 2009).

Segundo estudo de corte transversal, do tipo validação, realizado em uma unidade ambulatorial de saúde da rede pública da cidade do Rio de Janeiro com uma amostra de 302 idosos, Paradela, Lourenço e Veras (2005) demonstraram diferença estatística significativa de depressão entre os que viviam com um companheiro(a) e aqueles que estavam sozinhos (viúvos e divorciados), levantando a hipótese de que os “sozinhos” queixam-se mais frequentemente de sintomas depressivos, e que estas queixas estejam associadas à sua solidão. Sendo assim, a solidão pode ser um fator determinante para o aparecimento de quadro depressivo.

Passando para a variável religião, constatou-se que idosos que não possuem religião tem maior prevalência de sintomas depressivos, condição essa, que merece destaque dada a contribuição da religiosidade/espiritualidade para o bem estar do idoso, pois dentre os fatores ligados à cultura, a religião é a que exerce maior impacto para o indivíduo, em especial, para o idoso, uma vez que, ao frequentar atividades religiosas ampliam-se as chances de convívio social do idoso, estabelecendo e fortalecendo novos laços de amizade, além de possibilitar a participação em atividades de cultura e lazer, estimulando o convívio e a socialização (FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, 2010; OLIVEIRA et al., 2012).

Dá-se como principal motivo para a busca da religiosidade, a vivência de eventos estressantes caracterizando-se como um recurso de enfrentamento ou alívio contra a depressão. O que demonstra que a vivência da espiritualidade pelo idoso pode ajudar a superar momentos difíceis, as perdas do envelhecer e o processo saúde doença, além de dar suporte social e possibilitar uma melhor saúde e qualidade de vida (PY et al., 2004). Logo, a situação de não vivenciarem religião, pode estar associado a solidão, enquanto a religiosidade apresenta-se como uma prática preditora de prevenção à sintomatologia depressiva, que pode ser indicador de melhor condição de saúde mental para o idoso (DRUCKER, 2005).

Quando se analisa o arranjo familiar dos idosos envolvidos nesta pesquisa, verifica-se que as pessoas que moram com companheiro e familiares tem menor prevalência de depressão quando comparados às pessoas que moram sozinhas, pois confirmando esse achado, Oliveira et al. 2012, mostrou em seu estudo que morar sozinho pode contribuir a presença de um quadro depressivo, estando o mesmo associado ao processo de solidão vivenciado pelo idoso nessa situação. A relação com o outro é para o idoso muito importante, sendo o isolamento social algo extremamente temido. Com o envelhecimento, as relações familiares, pessoais e sociais tornam-se de grande relevância (VOLICH, 2009).

Estar casado é fator protetor tanto para homens quanto para mulheres na sexta fase da vida, pois aumenta as chances de apoio material e emocional e interações sociais positivas, além disso, a presença do cônjuge no lar também favorece a manutenção das condições que levam à melhor percepção de saúde (FINGERMAN et al., 2010; WALDINGER; SCHULZ, 2010). Estudos afirmam que, idosos não casados e que vivem com um menor número de pessoas no domicílio, são os que sofrem mais risco de ter suporte social insuficiente ou inadequado os colocando mais próximos de desenvolverem sintomas depressivos (PINTO et al., 2006; ROSA et al., 2007).

Percebe-se que quando há um maior número de pessoas no domicílio pode-se influenciar positivamente o apoio afetivo e emocional aos idosos e oferecer auxílio instrumental e material. Assim, a coabitação é uma estratégia que geralmente beneficia os idosos e seus familiares quando são capazes de proporcionar o suporte necessário aos idosos, proporcionando auxílio nas atividades diárias e interações sociais, estimulando a independência e conforto emocional aos mesmos (SANTOS; PAVARINI, 2009; PEDRAZZI et al., 2010; SOUZA et al., 2007; REIS et al., 2011; RABELO; NERI, 2015).

De acordo com o estudo de Batistoni et al. (2013) o suporte emocional encontrado na vivência com o companheiro e familiares contribui para o sentimento de ser valorizado e cuidado, tendo em vista que frequentemente a maioria dos idosos tem a expectativa de ser cuidado por alguém, especialmente pelas filhas. Para esses idosos, a percepção de estar amparado os afasta da ocorrência de sintomas depressivos.

Em relação a situação previdenciária, encontramos a maior prevalência de depressão nos idosos aposentados e pensionistas. Tendo em vista que essa situação é referente a uma mudança no papel social vivenciado pelo idoso, frequentemente provocam diminuição da autoestima, do ritmo das atividades e do interesse pelas atividades cotidianas (GONÇALVES; ANDRADE, 2010).

No Brasil e noutros contextos geográficos, normas sociais vigentes conduzem os idosos à aposentadoria devido estarem inseridos num contexto de pouca acessibilidade ao mercado de trabalho formal pois, suas habilidades e experiências são menos valorizadas socialmente, especialmente quando comparados aos indivíduos mais jovens, havendo uma associação cultural entre aposentadoria e invalidez. Tal realidade, somadas às limitações provenientes do processo de envelhecimento, explicam, parcialmente, o humor deprimido de alguns idosos. Assim sendo, o evento da aposentadoria está fortemente ligada a determinação de sintomas depressivos por aumentar o tempo livre do idoso e provocar graves tensões e

impactos negativos em suas vidas, tanto na esfera física, quanto emocional (FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, 2010).

Essa realidade reflete, de certo modo, a exclusão social dos idosos. Daí a necessidade da implementação de políticas públicas voltadas à participação efetiva do idoso em atividades prazerosas na comunidade para favorecer troca de experiências e, conseqüentemente, gerar, no idoso, novas perspectivas sobre seu papel na sociedade. Desse modo, essas políticas poderiam garantir a formação de redes amplas de suporte social para os idosos, as quais teriam um impacto positivo na saúde mental desse grupo, particularmente naqueles que se encontram fragilizados por evidenciarem baixo status socioeconômico, por não terem parentes próximos, ou por terem saúde precária (RAMOS, 2007).

Diante disso, é evidente a necessidade de mecanismos que assegurem os direitos das pessoas na velhice sem trazer prejuízos econômicos e sociais. Por isso, a política de saúde do idoso tenta desenvolver estratégias para uma melhor atenção a população nessa fase da vida buscando readequação da rede da saúde e assistência social para atendimento integral ao idoso, elaboração de instrumentos que permitem a inserção da população idosa na vida socioeconômica das comunidades, modernização das leis e regulamentos, desenvolvimento do turismo e lazer, além da reformulação dos currículos universitários no sentido de melhorar o desempenho dos profissionais no trato das questões do idoso (FERNANDES; SANTOS, 2007).

No tocante à associação entre depressão e doenças crônicas, foram prevalentes sintomas depressivos nos idosos que referiam ter algum tipo. Quanto às doenças mais evidenciadas, destacaram-se hipertensão arterial, diabetes mellitus e doenças musculoesqueléticas. Conforme mostram Alves e Rodrigues (2005), a partir de estudo de base populacional conduzido em São Paulo, pessoas que apresentam doenças crônicas referem pior autoavaliação de saúde, onde a presença de quatro ou mais doenças crônicas esteve associado com chance dez vezes maior de autopercepção negativa da saúde.

Corroborando com esse achado, Bretanha et al. (2015) verificou na cidade de Bagé, RS, que a autopercepção de saúde dos idosos estudados esteve fortemente associada à presença de sintomas depressivos, praticamente triplicando sua prevalência entre os indivíduos que a avaliaram como ruim ou péssima quando comparados àqueles com autopercepção boa ou ótima.

Evidentemente, a autopercepção de saúde implica diretamente na qualidade de vida, sofrendo impacto negativo nos indivíduos acometidos por doenças crônicas. Pesquisas indicam que as doenças musculoesqueléticas parecem apresentar maior impacto na qualidade

de vida do que o diabetes e a hipertensão. Estando essas doenças, muitas vezes, associadas a limitações de mobilidade, alimentação, atividade física e realizações de atividades da vida diária, social ou no trabalho, frequentemente restringindo a independência funcional do idoso e trazendo prejuízos a qualidade de vida podendo levar a transtornos de humor e depressão. (BOING et al., 2012; WANG et al., 2008).

Vale ressaltar que a depressão acentua as limitações e incapacidades das doenças e prejudica a aderência a tratamentos, afetando, assim, a recuperação dos pacientes (SCALCO; SCALCO; MIGUEL, 2006). Os autores Jacob e Amaral (2005) apontam que de 35% a 45% dos idosos portadores de doenças físicas e incapacidades apresentam síndromes depressivas, concordando com o resultado deste estudo. Outro estudo que concorda com esse achado foi um corte transversal realizado na Coreia, com 1.118 pacientes ambulatoriais, onde foi observado que a sintomatologia depressiva foi 4,7 vezes mais propensa a se desenvolver em pacientes com uma doença crônica e 6 vezes mais prováveis em pacientes com duas ou mais doenças crônicas (NA et al., 2007).

Além de maior prevalência, quando associada a doenças crônicas, a depressão aumenta a morbidade e a mortalidade, causando piora da qualidade de vida e onerando o sistema de saúde (OZAKI et al., 2015). Dessa forma, um maior número de morbidades em idosos está associado à pior qualidade de vida no domínio psicológico e pode contribuir para o advento de sentimentos negativos (TAVARES; DIAS, 2012).

Há varias possibilidades de associação entre depressão e doenças físicas. A depressão pode coexistir com doenças físicas; simular doenças físicas por meio de seus sintomas somáticos (depressão mascarada); desencadear uma doença física ou agravá-la, como uma anemia causada por perda de apetite secundária ao fenômeno; ser causadas por doenças físicas; por último, pode resultar do impacto físico e psicológico causado por doenças de natureza crônica (KATON, 2011).

Portanto, se por um lado a depressão aparece como fator de risco independente, levando ao aparecimento de algumas doenças físicas, por outro, pacientes com doenças físicas acabam desenvolvendo mais depressão. Os profissionais que são treinados a diagnosticar apenas doenças físicas estão fadados a só ver a patologia clínica e perder outros contextos que envolvem a experiência humana, o que determina uma abordagem limitada que enfatiza mais as doenças do que os pacientes que dela padecem, o que inevitavelmente desumaniza o paciente. Sob tal perspectiva, frequentemente, depressões significativas são despercebidas e pacientes clínicos deprimidos recebem tratamento inadequado para sua doença afetiva (FURLANETTO; BRASIL, 2006).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa possibilitou revelar o perfil das pessoas idosas assistidas pela Unidade Básica de Saúde Bela Vista, da cidade de Cajazeiras-PB, assim como, identificar a prevalência de sintomas depressivos e sua associação com variáveis sociodemográficas. Constatou-se que, de modo geral, os resultados deste estudo condizem com dados encontrados na literatura nacional e internacional, apontando prevalências crescentes e significativas de depressão em idosos.

Identifica-se que para o diagnóstico e tratamento precoce de pacientes com sintomatologia depressiva, é necessário saber que alguns pacientes com certas características sociodemográficas e de saúde são mais vulneráveis à depressão. A partir da análise estatística pode-se identificar que as variáveis que apresentaram significância para prevalência de depressão foram sexo feminino, estado civil viúvo e divorciado, pessoas sem religião, com doenças crônicas, aposentados e pensionistas. Viver com companheiros e familiares mostrou-se fator protetor. Quando feita análise multivariada de regressão as que permaneceram significativas para maior prevalência de depressão foram estado civil divorciado, sem religião e com doença crônica. Observa-se que nesse estudo a separação tem impacto negativo, a espiritualidade pode ser benéfica e a presença de doenças crônicas pode ser considerada risco ou consequência de sintomas depressivos.

No entanto, frente ao exposto, não foi possível afirmar se esses fatores significativos precedem ou sucedem os sintomas depressivos, apresentando-se como uma limitação dessa pesquisa. Além da impossibilidade de generalizar os resultados para a cidade de Cajazeiras já que a pesquisa abrangeu apenas os idosos de uma UBS. Por isso, novos estudos deverão ser realizados para gerar novas discussões sobre a temática.

Dessa maneira, pretende-se com essa pesquisa despertar a atenção dos profissionais de saúde, especialmente aos que exercem sua prática na atenção básica, para a importância de conduzir estratégias voltadas à identificação de sintomas depressivos e dos fatores associados com intuito de diagnosticar precocemente e intervir de forma adequada na prevenção ou tratamento da enfermidade.

O trabalho desenvolvido com os idosos deve focar-se no aumento da autoestima e autovalorização. É importante utilizar reforços positivos, valorizar o idoso e demonstrar que o mesmo é merecedor de respeito, e que tem importância para a vida da sociedade, eliminando o estereótipo de que o idoso não é produtivo. Uma vez que cada idoso é detentor de uma experiência de vida bastante rica devendo ser preservada a sua dignidade e considerá-lo como

uma pessoa de referência para a sociedade. Também o estabelecimento de uma escuta qualificada do idoso encorajando-o a compartilhar seus sentimentos, preocupações e motivações mostram-se essenciais para que o idoso se sinta valorizado e tenha um espaço para exteriorizar o que muitas vezes guarda para si. Além disso, deve-se atentar para a importância do convívio familiar e/ou com pessoas significativas para o suporte emocional e social do idoso, minimizando impactos emocionais negativos.

Portanto, a pesquisa mostra-se relevante para a melhoria da qualidade de vida dos idosos já que a condução dessas estratégias trariam benefícios tanto para a população idosa quanto para a sociedade em geral, pois poderia se intervir nos fatores de risco, seriam prevenidos agravos, reduziria gastos públicos, melhorando assim a assistência à saúde dos idosos e condições de vida desses indivíduos.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A. M. A. et al. Prevalência e determinantes de sintomatologia depressiva em idosos assistidos em serviço ambulatorial. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p.853-866, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232014000400853&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 abr. 2015.
- ALMEIDA, E. A. et al. Comparação da qualidade de vida entre idosos que participam e idosos que não participam de grupos de convivência na cidade de Itabira-MG. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p. 435-443, 2010.
- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em Geriatria (GDS)-versão reduzida. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 57, n.2, p. 421-426, 1999.
- ALVARENGA, Márcia Regina Martins et al. Sintomas depressivos em idosos assistidos pela estratégia saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 2, p.217-24, 2010.
- ALVES, L.C.; RODRIGUES, R.N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Rev. Panam. Salud. Publica**, v. 17, n.5-6, p. 333-41, 2005.
- ANDRADE, F. B. et al. Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p.129-36, Jan./Mar. 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71413596015>>. Acesso em: 21 abr. 2015.
- APA. American Psychiatric Association. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV)**. 4ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
- BANDEIRA, Carina Barbosa. Perfil dos idosos com depressão em comunidade do município de Fortaleza. **Rev. Bras. Med. Fam. e Com.**, Rio de Janeiro, v.4, n.15, 2008.
- BANDEIRA, L; MELO, H. P; PINHEIRO, L. S. "Mulheres em dados: o que informa a PNAD/IBGE", 2008. In: **Observatório Brasil da Igualdade de Gênero**, jul, 2010, p. 107-119.
- BATISTONI, S.S.T. et al. **Arranjos domiciliares, suporte social, expectativa de cuidado e fragilidade**. In: Neri AL, organizadora. Fragilidade e qualidade de vida na velhice. Campinas: Alínea; 2013. p. 267-82.
- BATISTONI, S.S.T. et al. Medidas prospectivas de sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n.6, p.1137-43, 2010.
- BENJAMIN, A. E.; CLUFF, L. E. **Who needs caring? The lost art of caring. A challenge to health professionals, families, communities and society**. Baltimore, The John Hopkins University Press, 2001.
- BERTUZZI, D.; PASKULIN, L. G. M.; MORAIS, E. P. Arranjos e rede de apoio familiar de idosos que vivem em uma área rural. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 158-166, Mar. 2012.

BOING, A. F. et al. Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 617-623, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102012000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 abr. 2015.

BORGES, D.T.; DALMOLIN, B.M. Depressão em idosos de uma comunidade assistida pela Estratégia de Saúde da Família em Passo Fundo, RS. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**. Florianópolis, v.7, n.23, p. 75-82, 2012.

BORGES, L.J. et al. Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo Epi Floripa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n.4, p.701-710, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012 de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRETANHA, A. F. et al. Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v.18, n.1, p.01-12, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2015000100001&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 03 abr. 2015.

CABRAL R.W.L. et al. Fatores Sociais e Melhoria da Qualidade de Vida dos Idosos: Revisão Sistemática. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v.7, n.5, p.1434-1442, 2013.

CANINEU, P.R. **Depressão no idoso**. In: Papaléo Netto, Matheus. Tratado de gerontologia. 2^a. ed., ver. E ampl.- São Paulo: Editora Atheneu, 2007. p. 293-300.

CARREIRA, L. et al. Prevalência de Depressão em Idosos Institucionalizados. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p. 268-273, 2011.

CASTRO-COSTA, E.; LIMA-COSTA, M.F.; CARVALHAIS, S.; FIRMO, J.O.; UCHOA, E. Factors associated with depressive symptoms measured by the 12-item General Health

Questionnaire in Community-Dwelling Older Adults (The Bambuí Health Aging Study). **Rev. Bras. Psiquiatr.** v. 30, n. 2, p. 104-9, 2008.

COUTINHO, A.T.; POPIM, R.C.; CARREGÃ, K.; SPIRI, W.C. Integralidade do cuidado com o idoso na Estratégia de Saúde da Família: Visão da Equipe. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 628-637, 2013.

DATASUS, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **População residente segundo Município**. 2012. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poppb.def>> Acesso em: 12 abr. 2015.

DENDENA, A. et al. Religiosidade e envelhecimento bem-sucedido. **Unoesc & Ciência – ACHS**, Joaçaba, v. 2, n. 2, p. 184-196, jul./dez. 2011.

DRUCKER, Claudia. **Religiosidade, Crenças e Atitudes em Idosos Deprimidos: em um serviço de saúde mental de São Paulo**. 2005. 174 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia)–Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

FARINASSO, Adriano Luiz da Costa; LABATE, Renata Curi. A vivência do luto em viúvas idosas: um estudo clínico-qualitativo. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, Mar. 2015.

FERNANDES, M. G. M.; NASCIMENTO, N. F. S.; COSTA, K. N. F. M. Prevalência e Determinantes de Sintomas Depressivos em Idosos Atendidos na Atenção Primária de Saúde. **Rev. Rene. Fortaleza**, Ceará, v. 11, n. 1, p. 19-27, 2010. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/343>> Acesso em: 10 mar. 2015.

FERNANDES, M.G.M.; SANTOS, S.R.; Políticas públicas e direitos do idoso: desafios da agenda social do Brasil contemporâneo. **Achegas.net: Rev Cienc Política** [periódico on-line] 2007 mar/abr. Disponível em: <http://www.achegas.net/numero/34/idoso_34.pdf> Acesso em: 30 out. 2015.

FERREIRA, P.C.S.; TAVARES, D.M.S. Prevalência e fatores associados ao indicativo de depressão entre idosos residentes na zona rural. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 401-407, 2013.

FINGERMAN, K.L.; PITZER, L.M.; CHAN, W.; BIRDITT, K.; FRANKS, M.M.; ZARIT, S. Who gets what and why? Help middle-aged adults provide to parents and grown children. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**, v. 66, n.1, p. 87-98, 2010.

FONTENELE, A.D.B, et al. Promoção da saúde do idoso sob a ótica de enfermeiros da atenção básica. **Rev. Enferm. UFPI**, Piauí, v.2, n.3, p.18-24, 2013. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/viewFile/1059/pdf_1>. Acesso em: 02 abr. 2015.

FRANK, M.H.; RODRIGUES, N. L. Depressão, Ansiedade, Outros Transtornos Afetivos e Suicídio. In: Freitas, Elizabete Viana et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3^a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

FURLANETTO, L.M.; BRASIL, M.A. Diagnosticando e tratando depressão no paciente com doença clínica. **J. Bras. Psiquiatr.**, v.55, n.1, p.8-19, 2006.

GARSKE, Q. et al. Motivação e Barreiras: percepção de idosos que participam de grupos de Terceira Idade de Santa Cruz do Sul. **Cinergis**, v. 12, n. 1, p. 48-54, 2011.

GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.123-133, 2010.

GIL, A. C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GONCALVES, Valdênia Costa; ANDRADE, Kátia Lima. Prevalência de depressão em idosos atendidos em ambulatório de geriatria da região nordeste do Brasil (São Luís-MA). **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 289-299, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000. **Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Tabela 1 – População residente, total e de 60 anos ou mais de idade, por sexo e grupos de idade, segundo as Grandes Regiões e Unidades da Federação – 1991/2000. Brasília (DF), 2000.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010: Perfil de idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000**. Rio de Janeiro, 2010.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Primeiros Resultados do Censo 2010**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=250370>>. Acesso em: 16 abr. 2015.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse do Senso Demográfico de 2010**. Rio de Janeiro, 2011.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese dos Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2013**. Rio de Janeiro, 2013.

JACOB FILHO, W. AMARAL, J.R.G. **Avaliação global do idoso: manual da liga do GAMIA**. São Paulo: Atheneu; 2005.

KATON, W.J. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. **Dialogues Clin. Neurosci.**, v. 13, n. 1, p. 7-23, 2011.

LAESER, Laboratório de Análises Econômicas, Históricas, Sociais e Estatísticas das Relações Raciais. **Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil**. Editora Garamond Ltda, Rio de Janeiro, 2009-2010. p.198

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

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7ª Ed. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

MARIN, M. J. S. et al. A atenção à saúde do idoso: ações e perspectivas dos profissionais. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, 2008. Disponível em <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232008000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 mar. 2015.

MORAES, E. N. Atenção à saúde do Idoso: **Aspectos Conceituais.** / Edgar Nunes de Moraes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>> Acesso em: 10 fev. 2015.

MUCIDA, A. **O sujeito não envelhece: psicanálise e velhice.** Belo Horizonte: Autêntica; 2006.

NASCIMENTO, D. C. BRITO, M. A. C. SANTOS, A. D. Depressão em idosos residentes em uma instituição asilar na cidade de Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil. **J Manag Prim Health Care**, v.4, n.3, p.146-150, 2013. Disponível em:<<http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/146>>. Acesso em: 05 fev. 2015.

NA, Y. et al. The Relationship between Depressive Symptoms in Outpatients with Chronic Illness and Health Care Costs. **Yonsei Med J.**, Coréia, v. 48. n. 5, p. 787-794, 2007.

NETTO, M.P. O Estudo da Velhice: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. In: Freitas, Elizabete Viana et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 3ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

NOGUEIRA, E.L.; RUBIN, L.L.; GIACOBBO, S.S.; GOMES, I.; NETO, A.C. Rastreamento de sintomas depressivos em idosos na Estratégia Saúde da Família, Porto Alegre. **Rev. Saúde Pública**, Porto Alegre, v. 48, n. 3, p. 368–377, Jun. 2014.

OLIVEIRA, J. B. A.; LOPES, R. G. C. O processo de luto no idoso pela morte de cônjuge e filho. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 217-221, 2008.

OLIVEIRA, M.F. et al . Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem em comunidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2191-2198, 2012.

OMS. Organização Mundial da Saúde. CID- 10: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento. **Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.** Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

OZAKI, Y.; SPOSITO, A.P.; BUENO, D.R.; GUARIENTO, M.E. Depression and chronic diseases in the elderly. **Rev. Soc. Bras. Clin. Med.**, v.13, n.2, p.149-53, Abr/Jun. 2015.

PARADELA, E. M. P.; LOURENCO, R. A.; VERAS, R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 918-923, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102005000600008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 Abr. 2015.

PARKES, C.M.; PRIGERSON, H.G. **Bereavement: studies of grief in adult life.** 4th ed. New York: Routledge, 2010.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de Vida na Velhice.** In: Freitas, Elizabete Viana et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 3ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

PEDRAZZI, Elizandra Cristina et al . Household arrangements of the elder elderly. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p. 18-25, 2010.

- PERES, Marcos Augusto de Castro. Velhice e analfabetismo, uma relação paradoxal: a exclusão educacional em contextos rurais da região Nordeste. **Soc. estado.**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 631-662, 2011.
- PINTO, José Leonel Gonçalves et al . Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 753-764, 2006.
- PNAD. **Pesquisa Nacional por amostra de domicílios**, 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
- PY, L.; PACHECO, J.L; SÁ, J.L.; GOLDMAN, S.N. **Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais**. Rio de Janeiro: Nau; 2004.
- RABELO, Doris Firmino; NERI, Anita Liberalesso. Tipos de configuração familiar e condições de saúde física e psicológica em idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 874-884, 2015.
- RAMOS, Marília. Os sintomas depressivos e as relações sociais na terceira idade. **Rev. Dep. Psicol.,UFF**, Niterói, v. 19, n. 2, p. 397-410, 2007.
- REBELO, T.J.; PIRES, R.C.C.P.; CARVALHO, L.A. Prevalência de depressão nos idosos atendidos em uma unidade de saúde pertencente à estratégia de saúde da família em Nova Lima/MG. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações**, v. 10, n. 1, p. 491-499, jan./jul. 2013.
- REBELLO, P. M. P. et al. Suspeição de Depressão Segundo Escala Geriátrica em uma Equipe da Estratégia Saúde da Família. **Rev. APS**, v.14, n.3, p.313-318, 2011. Disponível em<<http://aps.uff.br/emnuvens.com.br/aps/article/view/1150/509>> Acesso em: 26 jan. 2015.
- REIS, Luciana Araújo dos et al . Percepção do suporte familiar em idosos de baixa renda e fatores associados. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. spe, p. 52-58, 2011.
- RODRIGUES, R.A.P.; KUSUMOTA, L.; MARQUES, S.; FABRÍCIO, S.C.C.; CRUZ, I.R.; LANGE, C. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.16, n.3, p.536-45, 2007.
- RODRIGUES, L. R. et al. Perfil sociodemográfico, econômico e de saúde de idosos rurais segundo o indicativo de depressão. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 278-85, 2014. Disponível em <<http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/20782>>. Acesso em: 17 mar. 2015.
- ROSA, Tereza Etsuko da Costa et al. Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 2982-2992, 2007.
- SANTOS, A.A.; PAVARINI, S.C.L. O genograma para caracterizar a estrutura familiar de idosos com alterações cognitivas em contextos de pobreza. **REME Rev. Min. Enferm.** v. 13, n.4, p. 525-533, 2009.
- SASS, Arethuza et al . Depressão em idosos inscritos no Programa de Controle de hipertensão arterial e diabetes mellitus. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 80-85, 2012.

SCALCO, Z.; SCALCO, A.; MIGUEL, E. Transtornos psiquiátricos: depressão, ansiedade e psicoses. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. 2ª. ed. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 155-70.

SILVA, A.L.S; KARINO, M.E.; MATTOS, E.D.; CAMPOS E.C.; SPAGNUOLO, R.S. Perfil Epidemiológico dos Idosos de Uma Unidade Saúde da Família. **UNOPAR Cient., Ciênc. Biol. Saúde**, v.11, n.2, p.27-33, 2009.

SILVA, E.R. et al . Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1387-1393, 2012.

SILVA, G. B.; SILVA, V. B.; LOPES, R. C.; SILVA, J. W. F. Caracterizando a Depressão no Idoso: Uma Revisão Bibliográfica. **Enciclopédia Biosfera, Centro Científico Conhecer**, Goiânia, v.6, n.9, p.1-7, 2010. Disponível em: <<http://www.conhecer.org.br/enciclop/2010/caracterizando.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2015.

SOUSA, M.; NUNES, A.; GUIMARÃES, A. I.; CABRITA, J. M.; CAVADAS, L. F., ALVES, N. F. Depressão em idosos: prevalência e fatores associados. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, v.26, n.4, p. 384-91, 2010. Disponível em: <<http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=10764&path%5B%5D=10500>> . Acesso em: 18 mar. 2015.

SOUZA, Rosângela Ferreira de; SKUBS, Thais; BRETAS, Ana Cristina Passarella. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 263-267, 2007.

TAVARES, D.M.S.; DIAS, F.A. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 112-120, Mar. 2012.

VOLICH, R. M. O corpo, entre a organização e o caos. In: CÔRTE, B.; GOLDFARB, D. C.; LOPES, R. G. da C. L. **Psicogerontologia: fundamentos e práticas**. Curitiba: Juruá, 2009. p. 49- 59.

WALDINGER, R.J.; SCHULZ, M.S. What's love got to do with it? Social functioning, perceived health, and daily happiness in married octogenarians. **Psychol Aging**, v. 25, n.2, p. 422-431, 2010.

WANG, H.M.; BEYER, M. GENSICHEN J, GERLACH FM. Healthrelated quality of life among general practice patients with differing chronic diseases in Germany: cross sectional survey. **BMC Public Health.**, v. 8, n. 246, 2008.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** / World Health Organization; Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

YESAVAGE, J. A.; BRINK, T.L.; ROSE, T.L.; LUM, O.; HUANG, V.; ADEY, M.; LEIRER, V.O. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **Journal of Psychiatric Research**, v. 17, n. 1, p.37-49, 1983.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA - GDS

1. Está satisfeito (a) com sua vida? _____ (não =1) sim = 0
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses? _____ (sim = 1) não = 0
3. Sente que a vida está vazia? _____ (sim=1) não = 0
4. Aborrece-se com frequência? _____ (sim=1) não = 0
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo? _____ (não=1) sim = 0
6. Teme que algo ruim possa lhe acontecer? _____ (sim=1) não = 0
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo? _____ (não=1) sim = 0
8. Sente-se frequentemente desamparado (a)? _____ (sim=1) não = 0
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? _____ (sim=1) não = 0
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria? _____ (sim=1) não = 0
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora? _____ (não=1) sim = 0
12. Vale a pena viver como vive agora? _____ (não=1) sim = 0
13. Sente-se cheio(a) de energia? _____ (não=1) sim = 0
14. Acha que sua situação tem solução? _____ (não=1) sim = 0
15. Acha que tem muita gente em situação melhor? _____ (sim=1) não = 0

Avaliação:

0 = Quando a resposta for diferente do exemplo entre parênteses.

1= Quando a resposta for igual ao exemplo entre parênteses.

Total > 5 = suspeita de depressão

Tabela para apresentação dos resultados do GDS

RESPOSTA SIM	RESPOSTA NÃO	PONTUAÇÃO TOTAL	CLASSIFICAÇÃO

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Questionário N° _____

Iniciais do participante: _____

1. Sexo: Feminino () Masculino ()
2. Raça: Branca () Negra () Parda ()
3. Faixa etária: 60 a 69 () 70 a 79 () 80 ou mais ()
4. Situação conjugal: Solteiro () Casado () Divorciado/Separado () Viúvo ()
5. Religião: Católico () Evangélico () Não tem () Outro: _____
6. Escolaridade:
 - Alfabeto ()
 - Ensino fundamental incompleto () Ensino fundamental completo () Ensino Médio incompleto () Ensino médio completo () Ensino Superior incompleto () Ensino Superior completo ()
 - Analfabeto ()
7. Arranjo Familiar: sozinho(a) () com companheiro(a) () com companheiro(a) e familiares () com familiares (sem o companheiro) ()
8. Renda individual mensal: < 1 salário mínimo () 1 a 2 salários mínimos () 2 a 4 salários mínimos () > 4 salários mínimos () Sem renda ()
9. Situação previdenciária: Aposentado () Pensionista () Aposentado e Pensionista () Não é aposentado ()
10. Luto recente (há menos de um ano): Sim () Parentesco: _____ Não ()
11. Participação em grupos de convivência: Sim () Não ()
12. Presença de doença crônica e/ou incapacidade física:
 - Sim () Qual? _____
 - Não ()

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Bom dia (boa tarde ou boa noite), meu nome é Karolliny Abrantes de Sousa e sou acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, campus Cajazeiras – PB, e o (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) da pesquisa intitulada “*Prevalência de Depressão em Idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família*”.

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS: A pesquisa se justifica pela necessidade de identificar precocemente sintomas depressivos em idosos tendo em vista que, a depressão é um importante problema de saúde pública, frequente na terceira idade que não sendo diagnosticada e tratada adequadamente pode levar a maiores agravos a saúde, perda da capacidade funcional, maiores gastos individuais e coletivos e conseqüentemente uma baixa qualidade de vida. O objetivo dessa pesquisa é determinar a prevalência de depressão em idosos cadastrados em uma Estratégia de Saúde da Família do município de Cajazeiras-PB, através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (EDG-15) e constatar a associação entre depressão em idosos da atenção básica e as variáveis sociodemográficas. O procedimento de coleta de dados será realizado da seguinte forma: o senhor ou senhora irá responder a um questionário sociodemográfico e em seguida será aplicada a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, composta por 15 perguntas sobre seu estado emocional.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: Essa pesquisa apresentará um desconforto e risco mínimo no tocante à saúde psicológica e emocional pelas questões abordadas, no entanto seu desenvolvimento trará inúmeros benefícios para os pesquisadores, participantes e para profissionais de saúde, pois identificará precocemente sintomas depressivos em idosos e seus fatores associados sendo possível a partir dos dados obtidos gerarem subsídios para promover a melhoria e manutenção da qualidade de vida dos idosos.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: A participação do Sr. (a) nessa pesquisa não implica necessidade de acompanhamento e/ou assistência posterior, tendo em vista que o senhor apenas responderá questões pertinentes a sua condição sociodemográfica e estado emocional na qual não o irá expor a constrangimentos e nenhum tipo de procedimento necessário de intervenção médica ou de outros profissionais de saúde.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: O Sr. (a) será esclarecido (a) a respeito da pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O Sr. (a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de prestação de serviços em qualquer estabelecimento. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de

sigilo. Os resultados da pesquisa permanecerão confidenciais podendo ser utilizados apenas para a execução dessa pesquisa. Você não será citado (a) nominalmente ou por qualquer outro meio, que o identifique individualmente, em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado, assinada pelo Sr. (a) na última folha e rubricado nas demais, ficará sob a responsabilidade do pesquisador responsável e outra será fornecida ao (a) Sr. (a).

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para o (a) Sr. (a) e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Não é previsível dano decorrente dessa pesquisa ao (a) Sr. (a), e caso haja algum, não haverá nenhum tipo de indenização prevista.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE:

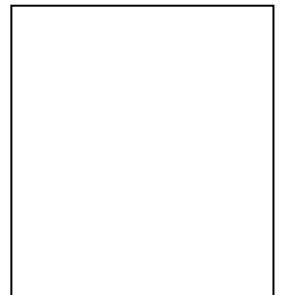
Eu, _____, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci todas as minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir de participar da pesquisa se assim o desejar. A pesquisadora Karolliny Abrantes de Sousa certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, no que se refere a minha identificação individualizada, e deverão ser tornados públicos através de algum meio. Ela compromete-se também, em seguir os padrões éticos definidos na Resolução CNS 466/12. Também sei que em caso de dúvidas poderei contatar a estudante Karolliny Abrantes de Sousa através do email: karolabrantescz@gmail.com ou a professora orientadora Ms. Fabiana Ferraz Queiroga Freitas através do email: fabianafqf@hotmail.com. Além disso, fui informado que em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo poderei consultar o Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos.

Cajazeiras – PB ____/____/_____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante



**APÊNDICE D - TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO
PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR
RESPONSÁVEL**

EU, FABIANA FERRAZ QUEIROGA FREITAS, professor (a) da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela orientação de KAROLLINY ABRANTES DE SOUSA, discente do curso de graduação em enfermagem, assegurando que não haverá desistência de minha parte que acarrete em prejuízo para o término das atividades desenvolvidas no trabalho de conclusão de curso – TCC pelo (a) discente.

Declaro estar ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previsto na resolução 466/12 do conselho Nacional de saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo cumprimento da Resolução 01/2009 do Colegiado do Curso de Enfermagem, pelos prazos estipulados junto à disciplina TCC, e pelo zelo com o projeto de pesquisa no sentido de manutenção da privacidade e sigilo das informações, resguardo da segurança e bem estar dos participantes nela recrutados, pelo resultado obtido e posterior divulgação no meio acadêmico e científico, pela comunicação ao comitê de ética sobre qualquer alteração no projeto ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento da pesquisa, bem com arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, de uma das vias do termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por cada participante recrutado, durante a execução da mesma.

Cajazeiras-PB, 15 de abril de 2015.

Prof.^aMs. FABIANA FERRAZ QUEIROGA FREITAS
SIAPE 2131424

**APÊNDICE E - TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO
PESQUISADOR PARTICIPANTE**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR
PARTICIPANTE**

EU, KAROLLINY ABRANTES DE SOUSA, aluno (a) do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me junto com meu orientador (a), FABIANA FERRAZ QUEIROGA FREITAS, a desenvolver projeto de pesquisa para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem seguindo a Resolução 01/2009 do Colegiado do Curso de Enfermagem e a seguir os prazos estipulados na disciplina TCC; comprometo-me ainda em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previsto na resolução 466\12 do conselho Nacional de saúde e demais documentos complementares.

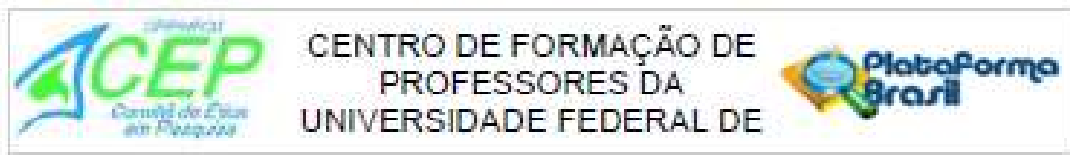
Responsabilizo-me, também, pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pelo meu orientador, nas atividades de pesquisa, e, junto com ele, pelos resultados da pesquisa, para posterior divulgação no meio acadêmico ou científico.

Cajazeiras-PB, 15 de abril de 2015.

KAROLLINY ABRANTES DE SOUSA
MATRÍCULA 211120059

ANEXOS

ANEXO A - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM IDOSOS ASSISTIDOS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: FABIANA FERRAZ QUEIROGA FREITAS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44862115.3.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.171.892

Data da Relatoria: 14/05/2015

Apresentação do Projeto:

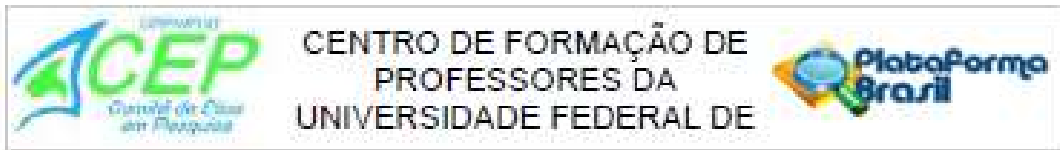
O projeto tem como título:PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM IDOSOS ASSISTIDOS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo descritiva com abordagem quantitativa.A pesquisa será realizada no município de Cajazeiras, estado da Paraíba. Dentre as 16 Unidades de Saúde da Família em funcionamento, a escolhida como local da pesquisa foi a Unidade Básica de Saúde Bela Vista, situada na Rua Francisco Martins, Bairro Bela Vista, que abrange uma população de 2.768 pessoas cadastradas e está dividida em cinco microáreas.A população dessa pesquisa será composta por todos os idosos de 60 anos ou mais residentes e cadastrados na área adscrita da Unidade Básica de Saúde Bela Vista, no município de Cajazeiras-PB, totalizados em 252 idosos. Para selecionar uma amostra proporcional e representativa em relação ao universo pesquisado, será realizado o cálculo amostral com um nível de confiança de 95% e margem de erro aceitável de 5%, totalizando uma amostra de 153 idosos.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL:

- Averiguar a prevalência de depressão em idosos cadastrados em uma Estratégia de Saúde da Família do município de Cajazeiras-PB, através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (EDG-15).

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
 Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS
 Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br



Continuação do Parecer: 1.171.092

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Constatar a associação entre depressão em idosos da atenção básica e as variáveis sociodemográficas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: Essa pesquisa apresentará um desconforto e risco mínimo no tocante à saúde psicológica e emocional pelas questões abordadas.

BENEFÍCIOS: Trará benefícios para os pesquisadores, participantes e para profissionais de saúde, pois identificará precocemente sintomas depressivos em idosos e seus fatores associados sendo possível a partir dos dados obtidos gerarem subsídios para promover a melhoria e manutenção da qualidade de vida dos idosos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem grande relevância, pois identificará os sintomas depressivos em idosos de uma comunidade, podendo assim diminuir os agravos da doença, dando oportunidade do idoso ter uma melhor qualidade de vida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão em conformidade com o sugerido pelo CEP.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sugiro a aprovação do projeto em apreciação, pois além de atender todos os critérios do CEP, o mesmo tem grande relevância para área de saúde.

Situação do Parecer:

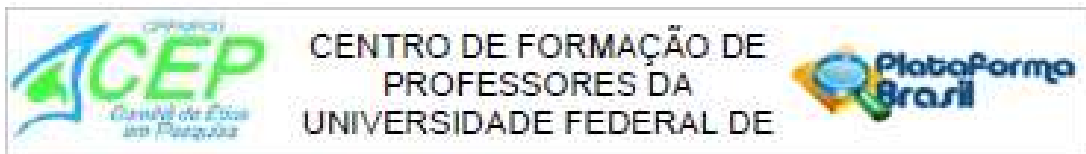
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
 Bairro: Casas Populares CEP: 55.905-000
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS
 Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@ufpe.ufpe.edu.br



Continuação do Parecer: 1.171.092

CAJAZEIRAS, 05 de Agosto de 2015

Assinado por:
Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador)

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares CEP: 58.600-000
UF: PB Município: CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3552-2075 E-mail: cep@cp.ufcg.edu.br

ANEXO B - TERMO DE ANUÊNCIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA REDE ESCOLA MUNICIPAL /DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que o projeto de extensão intitulado "PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM IDOSOS ASSISTIDOS PELA ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA", a ser desenvolvida pelo (a) pesquisador (a), alunos e professores da , sob orientação do (a) Professor (a) **Fabiana Ferraz Queiroga Freitas** está autorizada para ser realizado junto a este serviço.

Outrossim, informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Cajazeiras, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ao serviço que receberá a pesquisa.

Sem mais,

Atenciosamente,

Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Educação em Saúde
Rede Escola Municipal de Cajazeiras

Renata Emanuela de Queiroz Rêgo
Departamento de Educação em Saúde