

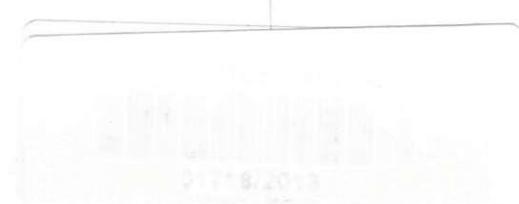


Universidade Federal  
de Campina Grande

**CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA - UACV  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**PERLA FIGUEREDO CARREIRO SOARES**

**DEPRESSÃO EM IDOSOS ASSISTIDOS EM UNIDADES BÁSICAS DE  
SAÚDE**



**CAJAZEIRAS – PB**

**2012**

**PERLA FIGUEREDO CARREIRO SOARES**

**DEPRESSÃO EM IDOSOS ASSISTIDOS EM UNIDADES BÁSICAS DE  
SAÚDE**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores - CFP, da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida – UACV, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Francisca Bezerra de Oliveira.

**CAJAZEIRAS – PB**

**2012**



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

S676d Soares, Perla Figueredo Carreiro  
Depressão em idosos assistidos em Unidades  
Básicas de Saúde./Perla Figueredo Carreiro Soares.  
Cajazeiras, 2012.  
63f. : il.

Orientadora: Francisca Bezerra de Oliveira  
Coorientadora: Erlane Aguiar Feitosa de Freitas.  
Monografia (Graduação) – CFP/UFPG

1. Depressão– Idoso. 2. Idoso - transtornos de adaptação.  
3. Atenção primária à saúde. I. Oliveira, Francisca  
Bezerra de II. Título.

4. Transtorno depressivo - sinais e sintomas  
5. Idoso - depressão

UFPG/CFP/BS

CDU – 616.89-008.454-053.9

**PERLA FIGUEREDO CARREIRO SOARES**

**DEPRESSÃO EM IDOSOS ASSISTIDOS EM UNIDADES BÁSICAS DE  
SAÚDE**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores - CFP, da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida - UACV, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, apreciada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Aprovada em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /2012.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Francisca Bezerra de Oliveira - UFCG

---

Prof<sup>º</sup>. Ms. José Rômulo Feitosa Nogueira – UFCG

---

Prof<sup>ª</sup>. Ms. Erlane Aguiar Feitosa de Freitas - UFCG

---

Prof<sup>ª</sup>. Ms. Eliane de Sousa Leite - UFCG

Dedico este trabalho aquele que é mais  
sábio que os mais velhos e discerne o  
que é justo mais que os anciãos: DEUS

UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
ENSINO CÁTEDRA  
CAJAZEIRAS - PB 57072-970

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente Aquele que antes de eu escrever estas palavras aqui, já sabia, o mesmo que colocou nessa trilha chamada vida as pessoas aqui mencionadas. Ao Senhor eu agradeço pelo amor, misericórdia e graça, derramado não apenas nestes quase cinco anos, mas em toda minha vida.

Aos meus pais, pelo imenso amor que alguém pode ter pelo filho, pela educação, pelo incentivo e por nunca fazer de minha caminhada simples passos. Deus não teria feito pais melhores se não fossem meus.

Aos meus irmãos, Pietros e Sófacles pelo amor que mesmo de longe, sempre estiveram presentes, ajudando a vencer as barreiras com incentivo e vigor. Obrigada a “Teté” por me dar o sobrinho mais fofo e lindo que me descontraí nas horas mais atarefadas.

Às minhas avós, materna e paterna, Adalgisa Soares e Antônia Guedes que em todas as visitas demonstravam alegria em saber que esse momento vivido chegaria. Obrigada pelo amor simples, mas sincero, dedicado aos meus pais e refletido em mim.

À minha tia avó Maria Guedes, pessoa que sempre me ajudou de todas as formas possíveis, ensinando em cada oportunidade um pouquinho da sabedoria adquirida nos 83 anos vividos. Sou uma pupila dela, na verdade.

Ao meu namorado Caio Henrique, instrumento de Deus em minha vida. Obrigada meu amor pela dedicação em todas as horas e pela presença constante, com amor, afeto e pelas tentativas satisfatórias arrancando sorrisos meus todo tempo.

A todos os primos e primas, em especial Silas Agripino e Sergina por estarem prontos pra servir, independente do cansaço ou da correria do dia a dia. Vocês são benção em minha vida sempre.

Ao meu tio Neto e minha tia torta Rejane que desde o começo me deram apoio e abrigo, fazendo chuva ou sol, literalmente.

Ao Pr. Renato e irmã Nilma por serem exemplos de vida, de casal e de família. Obrigada por me ensinarem a cada dia através de Caio. À Renata eu agradeço pelo olhar crítico estimulado na profissão que de certa forma também lhe atrai.

Ao Pr. Elson e a Marinalva pelas orações intercessórias, pelos ensinamentos Bíblicos e pelo testemunho de vida que tem. A cada dia aprendo algo novo ao olhar pra vocês.

À UFCG e a todos os professores que se doam para contribuir em nossa formação. Em especial agradeço a Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Francisca pela sabedoria e conhecimento transmitido desde

o início da graduação, que de forma tão natural aceitou me orientar neste trabalho. Obrigada pelo exemplo de profissional que és dedicada em tudo que faz. Não posso esquecer também da Prof.<sup>a</sup> Ms. Erlane que me concedeu sua pesquisa como fonte de aprendizado e Prof. Ms. Rômulo que tem sido parceria na construção do saber e que aceitou com apreço o convite como co-orientador.

Aos colegas e amigos de turma, parceiros em todos os momentos. Obrigada por transformarem dos nossos momentos de tensão, motivo de risos e gargalhadas, não de meros alunos graduandos, mas de profissionais que demonstram nisso o real papel ao que quer exercer. Em especial eu agradeço às colegas Samíramys, Juliana e Cleidinha – minha “gema”, por sempre estarem presentes representando o começo, o meio e não o fim, mas o recomeço de uma nova etapa de nossas vidas.

Aos idosos que não conheço, mas observo quando ando por aí, a vocês que me ensinam sem falar e que me mostram que não somos nós o futuro de vocês, mas são vocês o nosso futuro.

Eu jamais seria quem sou sem vocês.

“Muitas são, Senhor, Deus meu, as maravilhas que tens operado e os teus pensamentos para conosco; ninguém há que se possa comparar a ti; eu quisera anunciar-las, e manifestá-las, mas são mais do que podem contar.”

Salmos 40:5

SOARES, Perla Figueredo Carreiro. **Depressão em idosos assistidos em Unidades Básicas de Saúde**. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras – PB – 2012.

### RESUMO

Percebe-se que o processo de envelhecimento tem sido atual e crescente, fato que vem modificando o perfil demográfico mundial. A depressão paralela ao avanço da idade também tem crescido estando presente no dia a dia do idoso. O isolamento, a dificuldade de relacionamento com as demais pessoas podem contribuir para o desenvolvimento de um quadro depressivo. Diante disso, procura-se identificar a prevalência do transtorno depressivo em idosos cadastrados nas Estratégias de Saúde da Família, traçando o perfil sócio-demográfico e caracterizando os idosos com sinais e sintomas de transtorno depressivo. O estudo é parte do projeto intitulado “Fatores Associados à Independência Funcional do Idoso”, realizado de abril de 2011 a junho de 2012, em 15 Unidades Básicas de Saúde, do município de Cajazeiras – PB, com 376 idosos nas referidas unidades. Foram respeitados os aspectos éticos, de acordo com a Resolução nº196/96, sendo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande - Hospital Universitário Alcides Carneiro. Os dados foram coletados através de dois instrumentos: um Questionário Sóciodemográfico e a Escala de Depressão Geriátrica versão reduzida (EDG), compactados e transformados em gráficos e tabelas com o auxílio do Microsoft Excel. De acordo com os resultados encontrados 41% dos idosos têm suspeita de depressão. Destes, observou-se que 42,9% apresentam idade entre 60-69 anos, e 35,1% entre 70-79 anos; 84% residem na zona urbana e 16% na zona rural; 49,3% casados e 33,8% viúvos; 44,1% vivem sem o cônjuge, mas com a presença de outros familiares; 31,2% dos que vivem com o cônjuge e outros familiares, a maioria co-habitando com uma a cinco pessoas. Referindo-se à profissão, constatou-se que 41,6% tinham como profissão atividades do lar e 31,2% eram agricultores. Todos relataram ter alguma ocupação atual, referindo serem aposentados e exercerem atividades do lar, com 71,4% e 12,3%, respectivamente. Sobre a saúde todos referiram a presença de alguma doença crônica não transmissível, dentre elas a depressão, em que 24% dos sujeitos relataram uso de antidepressivos. De modo geral, pode-se concluir que são necessárias ações específicas voltadas à atenção ao idoso, bem como a detecção de casos de depressão nessa faixa etária, objetivando melhorar a qualidade de vida dessa população.

**Palavras-chave:** Idoso. Transtorno de adaptação. Atenção Primária à Saúde.

SOARES, Perla Figueredo Carreiro. Depression in the elderly assisted in the Basic Health Work completion of course (Bachelor of Nursing) - Federal University of Campina Grande, Cajazeiras - PB - 2012.

#### ABSTRACT

It is noticed that the aging process has been present and growing, a fact that has been changing the demographics worldwide. The depression parallel to the advancing age has also increased and is present in everyday life of the elderly. The isolation, difficulty in relationships with others may contribute to the development of a depressive disorder. Therefore, we seek to identify the prevalence of depressive disorder in the elderly enrolled in Family Health Strategies, tracing the socio-demographic profile and characterizing the elderly with signs and symptoms of depressive disorder. The study is part of the project entitled "Factors Associated with Functional Independence of the Elderly," was conducted from April 2011 to June 2012, 15 Basic Health Units, the city of Cajazeiras - PB, with 376 seniors at such plants. We respected the ethical, according to Resolution No. 196/96, was approved by the Ethics and Research of the Federal University of Campina Grande - University Hospital Alcides Carneiro. Data were collected through two instruments: a sociodemographic questionnaire and the Geriatric Depression Scale short version (EDG), compressed and converted into graphs and tables with the help of Microsoft Excel. According to the results 41% of seniors have suspected depression. Of these, it was observed that 42.9% are aged 60-69 years, and 35.1% between 70-79 years, 84% live in urban areas and 16% in rural areas, 49.3% married and 33.8% widowed, 44.1% live without a spouse, but with the presence of other family members, 31.2% of those living with a spouse and other family members, most co-habiting with one to five people. Referring to the profession, it was found that 41.6% had home activities as a profession and 31.2% were farmers. All reported having any current occupation, referring are retired and exercise activities at home, with 71.4% and 12.3%, respectively. Health all reported the presence of non-communicable chronic diseases, among them depression, in which 24% of subjects reported use of antidepressants. In general, one can conclude that specific actions are needed to care for the elderly, as well as the detection of depression in this age group, aiming to improve the quality of life of this population.

Keywords: Elderly. Adjustment disorder. Primary Health Care

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Gênero .....	30
<b>Gráfico 2</b> – Idade .....	31
<b>Gráfico 3</b> – Zona onde reside .....	32
<b>Gráfico 4</b> – Religião .....	33
<b>Gráfico 5</b> – Profissão .....	36
<b>Gráfico 6</b> – Ocupação .....	37
<b>Gráfico 7</b> – Renda mensal .....	39
<b>Gráfico 8</b> – Tempo que trabalhou.....	40

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Distribuição dos casos de depressão entre idosos, Cajazeiras, PB, 2011 .....	29
<b>Tabela 2</b> – Estado civil dos idosos depressivos.....	32
<b>Tabela 3</b> – Co-habitação.....	34
<b>Tabela 4</b> – Número de co-habitantes.....	35
<b>Tabela 5</b> – Distribuição dos casos de depressão de acordo com categoria beneficiária.....	38
<b>Tabela 6</b> – Escolaridade .....	41
<b>Tabela 7</b> – Condições gerais de saúde dos idosos com suspeita de depressão.....	42

## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

- AVE -- Acidente Vascular Encefálico
- AVE – Acidente Vascular Encefálico
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CEP – Comitê de Ética e Pesquisa
- EDG – Associação Brasileira de Normas Técnicas
- ESF - Estratégia de Saúde da Família
- HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva
- ILP – Instituição de Longa Permanência
- INSS – Instituto Nacional de Seguro Social
- NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família
- NR – Não Respondeu
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
- PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
- SM – Salário Mínimo
- TCC – Trabalho de Conclusão de Curso
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UBS – Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>17</b>
2.1 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO POPULACIONAL .....	17
2.2 DEPRESSÃO E ENVELHECIMENTO .....	19
2.3 SAÚDE MENTAL DO IDOSO E ATENÇÃO BÁSICA .....	20
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>24</b>
3.1 TIPO DE PESQUISA .....	24
3.2 LOCAL DA PESQUISA .....	24
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	25
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	26
3.5 O INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	26
3.6 PROCEDIMENTO DA COLETA DE DADOS .....	27
3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....	27
3.8 ASPECTOS ÉTICOS .....	28
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>29</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>46</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>47</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>52</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>57</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A população idosa vem crescendo acentuadamente, sendo, portanto, um fator importante nas mudanças demográficas que estão acontecendo na população mundial, resultando no que se chama de envelhecimento populacional.

Com a diminuição das taxas de mortalidade e natalidade, a população antes jovem, passou por um processo de envelhecimento em muitos países, principalmente nos países em desenvolvimento, dentre eles, o Brasil.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), de 1950 a 2025, a população total do Brasil crescerá em média cinco vezes, enquanto a população idosa aumentará quinze vezes, o que corresponde a aproximadamente 32 milhões de idosos, em 2025, ocupando então o sexto lugar mundial em número de idosos (OMS apud BRASIL, 2010).

O Nordeste, mesmo sendo referenciado como uma região de grandes desvantagens socioeconômicas e de saúde, caracterizado por uma população jovem, vem aumentando a população idosa, como em todo o país. A proporção de idosos com relação à população geral passou de 5,1% em 1991 a 5,8% em 2000, e 7,2% em 2010 (IBGE, 2010). Na Paraíba, de acordo com o IBGE (2010), existem 437.000 idosos, o que corresponde a 11,4% da população geral no Estado.

Nesse contexto, sabe-se que a população idosa é mais vulnerável a doenças que afetam a capacidade funcional, ocasionadas por situações de vida que, mesmo não sendo precárias, podem ser consideradas motivo de tristeza, diminuição da produtividade cognitiva, causando prejuízos no convívio familiar e/ou social. A depressão causa incapacidade funcional em número maior de casos que o Acidente Vascular Encefálico - AVE e/ou a Insuficiência Cardíaca Congestiva – ICC (OMS apud RAMOS, 2009).

Qualquer pessoa pode ser afetada pela depressão, independente de classe social, faixa etária, condições socioeconômicas, etnia. No entanto, esse transtorno é mais prevalente em alguns grupos de faixa etária, dentre esses os idosos, com 15%, apresentando diagnósticos mais frequentes e consequências mais graves. Em indivíduos hospitalizados ou institucionalizados, esse percentual cresce, podendo ser diagnosticada a depressão maior em 5% a 13% dos pacientes internados em hospitais e em 12% a 16% dos residentes em Instituições de Longa Permanência – ILP, geralmente abrigadas por idosos (DASGUPTA, 2001 apud SANTANA, et al, 2006).

No tocante a Atenção Básica, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, em 2008, constatou que 32,5% dos idosos não estavam cadastrados no Programa Saúde da Família (PSF) e não tinham plano de saúde particular. No entanto, observou-se que na região Nordeste, 67,8% dos idosos em geral e quase 75% dos mais pobres estavam cobertos pelo Programa (IBGE,2010). Na Atenção Básica, observou-se que os indicadores de identificação dos sinais e sintomas de depressão e conseqüente instituição de uma terapêutica adequada são baixos.

Sendo assim, é importante que os profissionais da Atenção Básica tenham conhecimento no campo da saúde mental, especialmente, sobre transtornos mentais como forma de possibilitar a detecção de sinais e sintomas da depressão, favorecendo diagnóstico e tratamento adequados, fundamental para a melhoria da qualidade de vida da população idosa. Além disso, coloca-se como desafios a otimização do uso de serviços de saúde, evitando outras condições clínicas e prevenindo óbitos prematuros (BRASIL, 2006).

Os níveis de identificação de sinais e sintomas de depressão são baixos, bem como a realização de uma atenção integral que contemple os aspectos psíquicos do idoso é insipiente, principalmente na Atenção Básica. Os profissionais de saúde não estando capacitados e atentos à identificação desses sinais e sintomas, indicativos de depressão, passam a considerá-los como parte normal do processo de envelhecimento, dificultando um possível diagnóstico. Essa situação é demonstrada em 50 a 60% de casos que não são detectados, tornando a depressão subdiagnosticada e subtratada (BRASIL, 2006).

Existem poucos trabalhos desenvolvidos com esta temática no contexto da Atenção Básica, considerando-se o grande percentual de idosos neste município que corresponde a 12,9% em relação à população geral. Por isto, a importância de estudos que investiguem as ações desenvolvidas pelos profissionais que favoreçam a promoção, a prevenção de doenças crônicas, especialmente na faixa etária de idosos, como também a detecção precoce dessas doenças, incluindo a depressão, que tanto tem comprometido as relações pessoais e o desenvolvimento biopsicossocial da população idosa em geral.

Pretende-se através deste trabalho identificar a prevalência do transtorno depressivo em idosos cadastrados em Estratégias de Saúde da Família (ESF), do município de Cajazeiras – PB, para que o mesmo sirva de base para o incentivo e a busca de métodos de acompanhamento terapêutico, tratamento e reabilitação psicossocial destes idosos, na própria comunidade.

O presente trabalho está configurado em tópicos e subtópicos referente ao tema tratado. Inicialmente é apresentada a revisão da literatura que alicerça o estudo, tratando-se do

processo de envelhecimento real no país e no mundo, bem como a relação de tal processo com o transtorno depressivo e desta forma revendo as condições e necessidades existentes nas ESF no que concerne à saúde do idoso. Posteriormente, descreve-se a ferramenta metodológica utilizada para a realização do estudo, e subsequentemente, apresenta-se os resultados e discussões. Por último, estão contempladas as considerações finais.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

A história da humanidade mostra a busca pela construção de uma sociedade rica em conhecimento, constituída por uma população jovem e forte, capaz de construir um mundo rico e em constante desenvolvimento.

No entanto, o que vem acontecendo são mudanças importantes na caracterização da população em vários aspectos, nos quais se destacam a faixa etária e o índice de crescimento populacional. Nessa perspectiva, observa-se que além do crescimento da população houve um aumento na longevidade humana, fato provocado por descobertas científicas que se tem aperfeiçoado em diversos aspectos.

Fundamentando tal pensamento o autor afirma:

Não foi somente o crescimento populacional que se estendeu; paralelamente a este crescimento, aumentou também a longevidade humana a limites nunca imaginados graças à Ciência que evoluiu, à alimentação que melhorou e às vacinas que aumentaram seu poder de cobertura contra as mais diversas enfermidades. (Veras, 2000; Silvestre et al. 1987 apud NUNES, M., 2011, p.7)

Constata-se que nos países em desenvolvimento com a melhoria da qualidade de vida da população, o perfil demográfico está em franco processo de mudança, favorecendo o aumento considerável do número de idosos (NUNES, M. 2011). Na verdade, pode-se perceber a constante caracterização da população em geral que proporcionalmente se torna senil, tratando-se do aspecto demográfico, considerando que o envelhecimento não é sinonímia de antigo e ultrapassado.

Envelhecer, então, é uma experiência atual, predominante em inúmeros países, sendo considerada uma realidade mundial em que o crescimento demográfico de pessoas acima de 60 anos de idade tem acontecido rapidamente. Estima-se que no em 2025, haverá mundialmente dois bilhões de idosos, a maioria presente nos países em desenvolvimento, correspondendo a uma média de 70% (BRASIL, 2006).

Tal realidade não é diferente no Brasil, observando-se que o número de pessoas acima de 60 anos também tem crescido de forma gradual e constante. A Organização Mundial

de Saúde (OMS) afirma que em 2025 o Brasil será o sexto lugar em número de idosos (BRASIL, 2010).

A diminuição dos índices de fertilidade e mortalidade tem sido um dos fatores que vem contribuindo para o processo de envelhecimento. De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, de 1999 a 2009 o peso relativo de idosos cresceu de 9,1% para 11,3%. Em 2009 existiam cerca de 21 milhões de idosos no país (IBGE, 2010).

Ainda de acordo com o autor acima citado, a população brasileira com mais de 60 anos está composta por 55,8% do sexo feminino, 55,4% brancos e 64,1% identificados como pessoa referencial em seu domicílio. No entanto, a classe idosa possui uma escolaridade ainda baixa, conferindo 30,7% com menos de um ano de estudo e ainda um pequeno percentual (12%) vivem com renda *per capita* de até meio salário mínimo (identificados como pessoa referencial em seu domicílio, significa o ‘patriarca’ da família, como pessoa central do domicílio).

O CENSO 2010 revelou que houve uma redução do número de jovens com menos de 20 anos no país e ao mesmo tempo ocorreu um crescimento absoluto da população adulta brasileira, especialmente a idosa (IBGE, 2010).

A região Nordeste, segundo o IBGE 2009, possui uma população de idosos que corresponde a 10,5% da população geral do Estado, sendo a maioria desses entre 60 e 64 anos de idade. O número de idosos do sexo feminino é maior que a do masculino, correspondendo a 54,9% e 45,1%, respectivamente. A população acima de 60 anos no Nordeste é caracterizada em sua maioria como parda (58,8%) e com índice de escolaridade baixo, sendo que 50% não têm instrução e/ou possuem menos de um ano de estudo. Contudo, dados do CENSO 2010 mostraram que a população desta região caracteriza-se como jovem e, mesmo assim, a proporção de idosos que no ano de 1991 era de 5,1% passou para 5,8% em 2000 e em 2010, tal percentual cresceu para 7,2% (IBGE, 2010).

Ainda de acordo com IBGE (2010) a Paraíba, comparada aos demais Estados da região Nordeste disputa o primeiro lugar com o Estado do Piauí, no que diz respeito a um maior percentual relativo de idosos, ambos apresentando 11,4% de idosos acima de 60 anos de idade, dentro do contexto da população geral. Na Paraíba há uma média de 12% de idosos com relação à população em geral, deste percentual 43,3% são do sexo masculino e 56,7% do feminino. Com relação ao município de Cajazeiras, existem 7.539 idosos, sendo 3.221 homens e 4.318 mulheres<sup>2</sup>.

Diante de tais indicativos, pode-se concluir que o Brasil a cada dia torna-se um jovem país “velho”, necessitando de políticas públicas efetivas direcionadas para a classe idosa, a fim de minimizar as limitações, os sofrimentos presentes nesta fase da vida.

## 2.2 DEPRESSÃO E ENVELHECIMENTO

É perceptível a “renovação” das características da população mundial que tem se tornado predominantemente idosa. Sabe-se, que nesta fase da vida a capacidade funcional torna-se naturalmente limitada, o que inclui dificuldade na execução de atividades antes comuns, agora são enfrentadas como obstáculos a serem vencidos cotidianamente.

A noção de velhice em nossa sociedade sugere o fim da vida ativa da pessoa, sua aposentadoria, quando ela deixa de ser produtiva. Além das mudanças fisiológicas que ocorrem no corpo com o processo de envelhecimento, o sujeito depara-se com a condição de improdutivo numa sociedade que preza pela produtividade. O velho, então, é um pária que deve ser tutelado e não possui muitas possibilidades de criação no mundo. Acontece que envelhecer é nosso destino e a forma como encaramos esse processo pode trazer desprazer e dor, se continuarmos a nos relacionar desse modo com esse momento da vida (TORRALBA, 2006, p.192).

Mesmo diante de tantos preconceitos à pessoa idosa, envelhecer é um desejo de qualquer indivíduo. Estar com os “cabelos brancos” é algo que, para muitos jovens tem sido algo que causa preconceito e está longe de acontecer, o que não é bem verdade. Envelhecer não é empecilho para uma vida de bem-estar, ativa e independente. Mesmo diante de tantas alterações fisiológicas, a velhice é vista psicologicamente, não como a perda de funções ao longo dos anos, mas como a conquista do saber e uma compreensão madura do real sentido da vida (MORAES, E.; MORAES, F.; LIMA, 2010).

Minayo (2012) presume que o conceito de velhice envelheceu, pois a população de idosos tornou-se maioria, estando presente em todos os aspectos socioeconômico e culturais do Brasil, como também do mundo. No entanto, ainda destaca que existe um pequeno grupo de idosos sem condições de suprir suas necessidades básicas, comprometendo sua qualidade de vida e influenciando diretamente em seu estado geral de saúde.

Os idosos podem ser considerados como um segmento propenso ao surgimento de doenças crônicas: cardiovasculares, osteoporose, hipertensão, diabetes, depressão, dentre outras, sendo responsáveis pelo aumento da mortalidade, nas diversas regiões do país. No entanto, a proporção de idosos que declara ter algum tipo de doença crônica tem diminuído,

atendidos no contexto da demanda espontânea nas unidades. As equipes da Saúde da Família ainda não aplicam inquéritos populacionais para identificar a situação de saúde dos idosos; assim, carecem de informações sistematizadas sobre esse grupo (NUNES, D.P. et al. 2010).

A necessidade de novas políticas para a população idosa faz-se necessário, pois, embora exista uma diminuição no índice de mortalidade, o número de indivíduos idosos, com desenvolvimento de doenças crônicas, tem progredido significativamente. Tal fato debilita ainda mais o processo de Atenção à Saúde, uma reestruturação da Rede de Saúde em todo o País.

Os serviços de atenção básica devem oferecer os primeiros cuidados em saúde mental, como identificação precoce de transtornos mentais, acompanhamento de todo o tratamento dos portadores de sofrimento mental na comunidade, de forma contínua e integral, encaminhando-os para centros referenciais quando necessário. Além disso, deve atender às necessidades de saúde mental da comunidade em geral, que tenha ou não problemas fisiológicos, no intuito de proporcionar a promoção da saúde mental e a prevenção a agravos.

Nos países desenvolvidos os primeiros cuidados ao paciente com sofrimento mental são oferecidos em sua maioria por médicos, enquanto nos países em desenvolvimento com médio e baixo rendimento, são os enfermeiros que realizam os cuidados primários (OMS, 2008).

A mesma Instituição ainda retrata todo o processo histórico de formação da rede de saúde mental no Brasil. Em 1994 existiam apenas Unidades Básicas de Saúde constituídas de equipes multidisciplinares. Posteriormente, foi criado um novo modelo de atenção representado pelas ESF. Em 1999, uma reforma nos serviços de saúde mental renova o cuidar que passa a ser implantado em todas as esferas assistenciais. A articulação entre os serviços de saúde mental e a ESF faz-se necessário, por meio de matriciamento, que busca a articulação dos serviços primários e o cuidado em saúde mental, constituindo uma rede de atendimento ao usuário com sofrimento mental. Para tanto:

“O Apoio Matricial se configura como um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações. Ele pode ser realizado por profissionais de diversas áreas especializadas” (FIGUEIREDO, 2009, p.130).

A Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (2006), em seu capítulo I denota o conceito de Atenção Básica como um contínuo de ações em saúde individual e coletiva com objetivo de promoção e proteção em saúde, como também a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Tais ações devem ser norteadas

pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, bem como a formação do vínculo, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2006).

Sendo, portanto a saúde do idoso um objetivo a ser trabalhado pela PNAB, pode-se considerar tal objetivo fundamental para o processo de promoção da saúde à classe idosa, que na maioria das vezes passa despercebida. A atenção ao idoso não deve se basear apenas em uma consulta de rotina, por exemplo, de um quadro hipertensivo, diabético, ou um simples ato de entrega de medicação ou verificação de sinais vitais. A atenção ao idoso deve ser ampla, proporcionada no contexto da Atenção Básica, fundamentada no atendimento integral e universal, acompanhando a saúde do paciente em todos os aspectos fisiológico, clínico, psicológico e social, embasada na afirmação de que “saúde é um direito de todos e dever do estado”<sup>1</sup>.

Em relação aos transtornos mentais pode-se afirmar que os índices são semelhantes entre jovens e idosos. Há distinção quanto ao tipo de doenças que acometem estes segmentos, sendo com mais frequência em idosos, demência, luto, episódio suicida, depressão, entre outras. A depressão na maioria das vezes, quando acomete as pessoas na fase de senescência, passa despercebida, pois os mais velhos, quando doentes, geralmente não se queixam de alterações de humor, considerando ser parte de sua vida de “velho”, de fato dissimulando a doença (OMS, 2008).

Estudos têm demonstrado valores consideráveis de prevalência de transtorno depressivo em idosos que são assistidos pela ESF, expondo a realidade com relação a este tipo de transtorno. No período de maio a junho de 2006, foi realizado um estudo em Belo Horizonte – MG, com a participação de 275 idosos. Constatou-se que a maioria (59,2%) possuía renda inferior a um salário mínimo e se constituíam em casos suspeitos de depressão (URSINE, CORDEIRO, MORAES, 2011).

Ainda em 2006, foi realizado um estudo em uma Unidade de Saúde da Família no município de João Pessoa – PB, a fim de se conhecer a prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. Com relação à prevalência do transtorno depressivo o estudo indicou que 52% dos idosos pesquisados apresentavam sintomas depressivos (FERNANDES, NASCIMENTO, COSTA, 2010).

---

<sup>1</sup> Fragmento do Art. 196 da Constituição Federal de 1988. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm)

Entre junho de 2007 e março de 2008, foi realizada em 28 Unidades Básicas de Saúde - UBS do município de Dourados, MS, uma pesquisa em que se analisou a associação entre indicadores sociodemográficos, condições e autoavaliação de saúde, estado cognitivo e presença de sintomas depressivos em idosos assistidos pela ESF. Foram selecionados 672 idosos através de sorteio e, destes, cinco se recusaram a participar do estudo, 135 não estavam no domicílio no momento em que foi realizada a coleta de dados e 29 foram excluídos por não existir condições de comunicação, resultando em uma amostra final de 503 participantes. O resultado apontou que dos 173 idosos identificados com sintomatologia sugestiva de transtorno depressivo, 91,3% apresentavam sintomas leves e 8,7% sintomatologia sugestiva de transtorno depressivo (ALVARENGA, et al., 2010).

Diante dessa realidade que acomete a população idosa em diversos locais do país, no que concerne ao acompanhamento de saúde mental do idoso na ESF, pode-se verificar a necessidade premente de uma reformulação na atenção ao usuário da UBS, avaliando-o de forma integral, favorecendo a identificação de sintomas depressivos no cotidiano da atenção primária.

### 3 METODOLOGIA

A pesquisa é definida como um contíguo de ações que são pensadas para solucionar um determinado problema, tendo como base procedimentos racionais e sistemáticos. Para se realizar uma pesquisa é necessário utilizar a metodologia como um caminho, com regras, criatividade e imaginação. (SILVA e MENEZES, 2001).

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA

Este estudo é parte da pesquisa de doutorado intitulada “Fatores Associados à Independência Funcional do Idoso”, coordenada pela Prof.<sup>a</sup> Ms. Erlane Aguiar Feitosa de Freitas, cujos dados cedidos serão utilizados para desenvolvimento deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), de graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Campina Grande.

Esta pesquisa é de natureza documental, descritiva e quantitativa. De acordo com GIL (2002) a pesquisa documental utiliza-se de instrumentos que ainda não receberam um tratamento analítico, de tal forma que possam ser reelaborados de acordo com o objeto da pesquisa, não necessitando do contato direto do pesquisador com os sujeitos investigados.

O mesmo autor caracteriza como pesquisas descritivas aquelas que “têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou então, o estabelecimento de relações entre variáveis” (GIL, 2002, p.42).

#### 3.2 LOCAL DA PESQUISA

Foi realizada nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) do município de Cajazeiras – PB. Este município está localizado no Alto Sertão, cerca de 465 quilômetros da capital João Pessoa. Limita-se com os municípios São João do Rio do Peixe ao norte e leste,

Cachoeira dos Índios e Bom Jesus a oeste, São José de Piranhas ao sul, a noroeste com Santa Helena e a sudeste com Nazarezinho. Compreende uma área geográfica de 565,896 Km<sup>2</sup> , com índice demográfico de 58.446 habitantes, sendo 27.938 homens e 30.508 mulheres (IBGE,2010)<sup>2</sup>.

A Atenção Básica do município é composta por 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS), das quais 11 localizam-se na zona urbana, duas na zona rural e duas nos distritos de Engenheiros Ávidos e Divinópolis. Cada UBS é constituída por uma equipe multiprofissional composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 a 2 cirurgiões-dentistas, 1 a 2 técnicos de enfermagem, 1 técnico de saúde bucal e agentes comunitários de saúde, distribuídos de acordo com a população abrangente.

A rede de saúde do município é disposta em UBS, Hospital municipal de atendimento materno infantil, Policlínica, Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e órgãos estaduais, como o Hospital Regional de Cajazeiras e Banco de Leite humano (DATASUS, 2011)<sup>3</sup>.

### 3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Marconi & Lakatos (2003) define população como “um conjunto de seres animados e inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum.” (p.222). Para tanto, é necessário em uma pesquisa delimitar uma amostra dentro da população a ser estudada. Este autor define amostra como uma porção selecionada da população, é essa parcela de sujeitos que será objeto de estudo em todo percurso desta pesquisa.

Os sujeitos deste estudo são idosos, com 60 anos de idade ou mais, não institucionalizados que compõem a classe idosa assistida pelas USF de Cajazeiras, PB, Brasil. Existem no município 7.539 pessoas acima de 60 anos, destes 3.221 são homens e 4.318 são mulheres<sup>2</sup>. O cálculo amostral foi realizado pelo programa “sample.exe” do pacote estatístico PEPI, versão 4, utilizando um nível de significância de 0,05. A amostragem foi composta por

<sup>2</sup> INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Censo 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 01 ago. 2011.

<sup>3</sup> Indicadores de Saúde: CAJAZEIRAS, 2004. Disponível em:<<http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/indicadores/paraiba/CAJAZEIRAS.pdf>>. Acesso em: 20 de mar. 2012.

idosos cadastrados nas UBS do município, que de acordo com cálculo amostral resulta em 376 sujeitos. Tais sujeitos participaram livremente da Pesquisa, conforme os preceitos da Resolução 196/96, do Ministério da Saúde, que norteiam as pesquisas envolvendo seres humanos.

### 3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos nesta pesquisa os idosos cadastrados nas UBS das regiões adscritas de Cajazeiras, PB, com idade maior ou igual a 60 anos e não institucionalizados. Os mesmos participaram da pesquisa livremente, conforme assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídos do estudo, os idosos que não tiveram condições físicas e cognitivas de responder aos instrumentos de coleta de dados.

### 3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados através de dois instrumentos: um Questionário Sóciodemográfico e a Escala de Depressão Geriátrica versão reduzida – EDG (ANEXO I). No questionário foram avaliadas características da população amostral a ser estudada. A EDG foi utilizada para identificar o índice de prevalência de características indicativas de depressão nos sujeitos participantes.

O questionário é um instrumento de coleta de dados, formado por perguntas ordenadas, que foram respondidas por escrito e pelo informante, sendo objetivo, não muito extenso, acompanhado de instruções para seu preenchimento (MARCONI & LAKATOS, 2003; SILVA e MENEZES, 2001). Portanto, considera-se o questionário (APÊNDICE II), a melhor forma de caracterizar sócio-demograficamente a classe idosa.

Em relação à EDG, segundo Yesavage (1985) apud Almeida e Almeida (1999) é um instrumento valioso e utilizado com frequência para a identificação do quadro depressivo

em idosos. Essa escala é composta em sua versão original por 30 questões, mas suas versões reduzidas com 1, 4, 10, 15 e 20 questões são muito utilizadas, tornando-se algo atraente, pelo tempo reduzido em sua aplicação.

Portanto, foi de suma importância para o levantamento de dados, caracterizar a população amostral, para no final identificar o quadro depressivo característico em alguns idosos que fizeram parte do estudo.

### 3.6 PROCEDIMENTO DA COLETA DE DADOS

Marconi & Lakatos (2003) definem a coleta de dados como a etapa em que se iniciará a aplicação dos instrumentos e técnicas escolhidos para a pesquisa, momento este que exige paciência, esforço e perseverança do pesquisador.

A partir da aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), do Hospital Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande, em 03/03/2011, foram iniciadas as atividades da pesquisa, consubstanciada por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE I). Após esta etapa, realizou-se sorteio dos participantes de forma aleatória virtual, seguido da visita domiciliar e assinatura do TCLE pelos sujeitos, para no final realizar-se aplicação dos questionários.

Foram realizadas inúmeras visitas aos sujeitos, onde algumas dificuldades foram encontradas como o deslocamento à zona rural, a ausência de muitos idosos em seus domicílios, sendo interessante destacar as perdas de algumas coletas por falecimento dos idosos, os quais foram substituídos por outros sujeitos a fim de minimizar os vieses.

### 3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Primeiramente foram analisados todos os dados coletados, observando a possível omissão de alguma informação considerável, avaliando estatisticamente o percentual do que fora coletado. Tal avaliação efetuou-se com o auxílio do software Microsoft Office Excel,

tabulando e transformando os dados coletados em gráficos e tabelas, os quais serão apresentados e discutidos no decorrer deste estudo.

### 3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Pesquisa envolvendo seres humanos é definida como um estudo efetuado individual ou coletivamente, direta ou indiretamente, em sua totalidade ou parte, incluindo a utilização de informações ou materiais referentes aos mesmos (BRASIL, 1996)

Neste estudo atentou-se para as diretrizes preconizadas pela Resolução nº196 do Conselho Nacional de Saúde, de 10 de outubro de 1996, que vem regulamentar a pesquisa com seres humanos, fundamentada em documentos internacionais de importância que resultaram de declarações sobre tais eventos, de acordo com o Órgão acima citado. Destarte, segue em anexo o parecer do Comitê de Ética e Pesquisa do Projeto de doutorado da Professora doutoranda Erlane Aguiar Ferreira Feitosa, que cedeu parte dos dados de sua pesquisa. (ANEXO II), bem como Termo de Autorização para utilização de dados da Pesquisa (ANEXO III).

Deste modo, foram enfatizados nesse estudo, a todos os idosos participantes, os direitos acerca da participação na pesquisa, bem como a sua liberdade em desistir a qualquer momento de participar da pesquisa, sem qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após aplicação dos instrumentos e tabulação dos dados, observou-se que dos 376 idosos participantes da pesquisa, com relação aos resultados da EDG, 59% foram considerados sujeitos sem qualquer suspeita de depressão, 38,3% apresentaram depressão leve a moderada (escore de 6 - 10) e 2,7% com depressão grave (escore de 11 a 15), de acordo com a tabela abaixo.

**Tabela 1 - Distribuição dos casos de depressão entre idosos, Cajazeiras, PB, 2011**

EDG	Nº de sujeitos	(%)
Sem depressão	222	59%
Depressão leve a moderada	144	38,3%
Depressão grave	10	2,7%
<b>Total</b>	<b>376</b>	

Fonte: Própria pesquisa/2011

Em um estudo realizado em 2001, com amostra de 118 idosos com idade igual ou acima de 60 anos, provenientes de centros de convivência de Taguatinga, Brasília, DF, constatou-se que dos 36 idosos que apresentaram depressão, 4% eram do tipo grave (OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006).

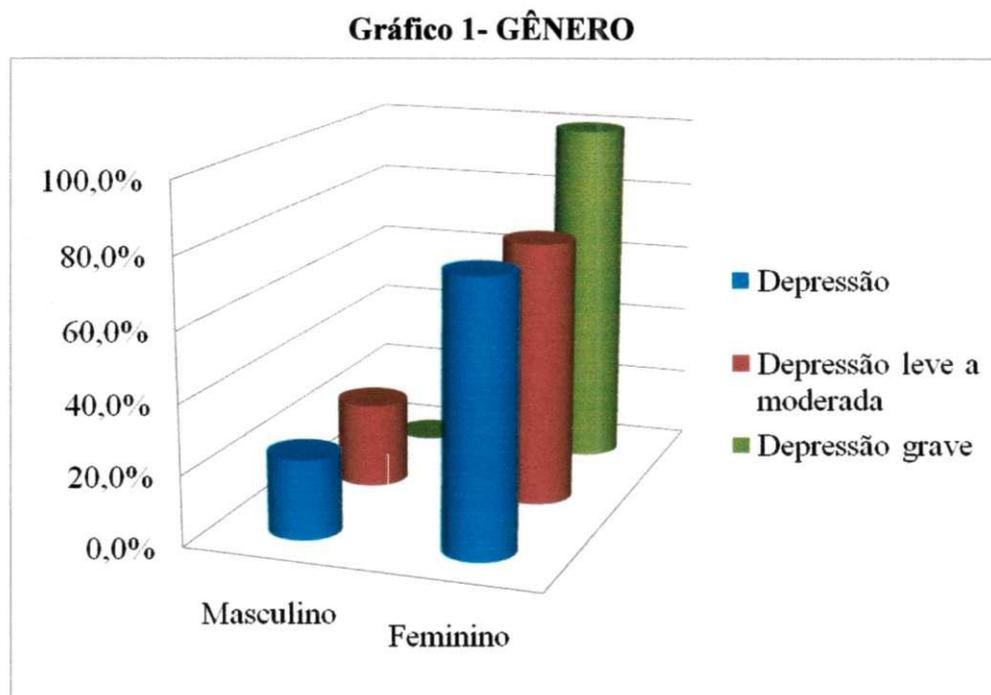
De acordo com o Censo 2010, em relação ao gênero da população idosa, no país há um percentual maior de mulheres que de homens<sup>4</sup>.

A amostra foi composta em sua maioria por mulheres. Referindo-se aos idosos com suspeita de depressão 77,3% são do sexo feminino e 22,7% do masculino. Os idosos com depressão leve a moderada e depressão grave também são em maioria 75,5% e 100%, respectivamente, como mostra o gráfico a seguir.

<sup>4</sup> Sinopse do Censo Demográfico, 2010. Disponível em:

<[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1866&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1)>

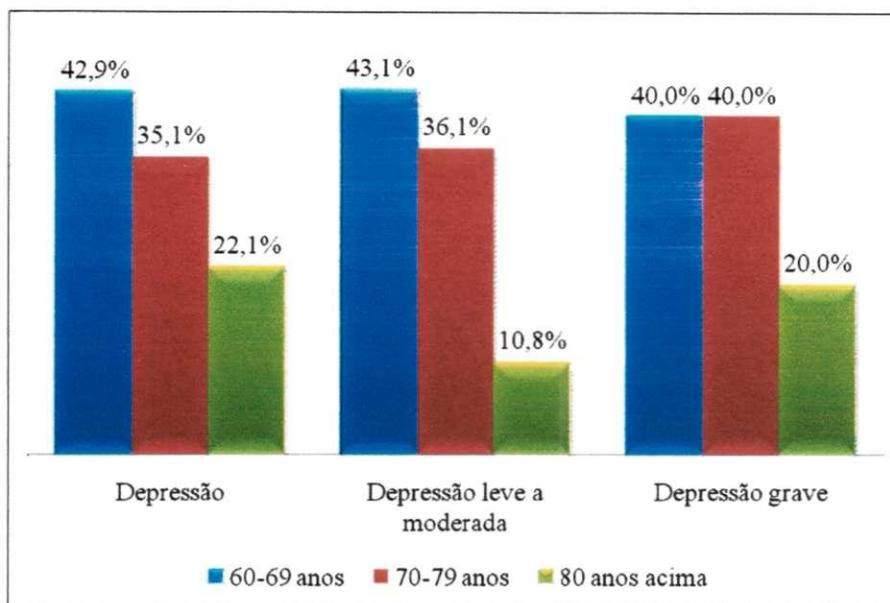
Nardi e Andrade (2005) afirmam que pesquisas têm reiteradamente afirmado de forma concreta que mulheres em diferentes etapas da vida sofrem mais de depressão, mesmo quando avaliadas por instrumentos diversos.



**Fonte:** Própria pesquisa/2011

Com relação à faixa etária, a maioria dos idosos apresentava idade entre 60 e 69 anos de idade. Dos 154 idosos com depressão, 42,9% apresentavam idade entre 60-69 anos, e 35,1% entre 70-79 anos. Especificando os percentuais pelo tipo de depressão, constatou-se que 43,1% dos idosos com depressão leve a moderada formam um grupo com faixa etária de 60-69anos. Já na depressão grave, 40% tinham idade entre 60-69 anos e mais 40% com 70-79 anos (gráfico 2).

Portanto, ressalta-se que os casos de depressão grave são caracterizados pelos dois grupos de faixas etárias já mencionados, assim como os casos de depressão leve a moderada. No entanto, é interessante destacar os 20% com depressão grave que tem acima de 80 anos.

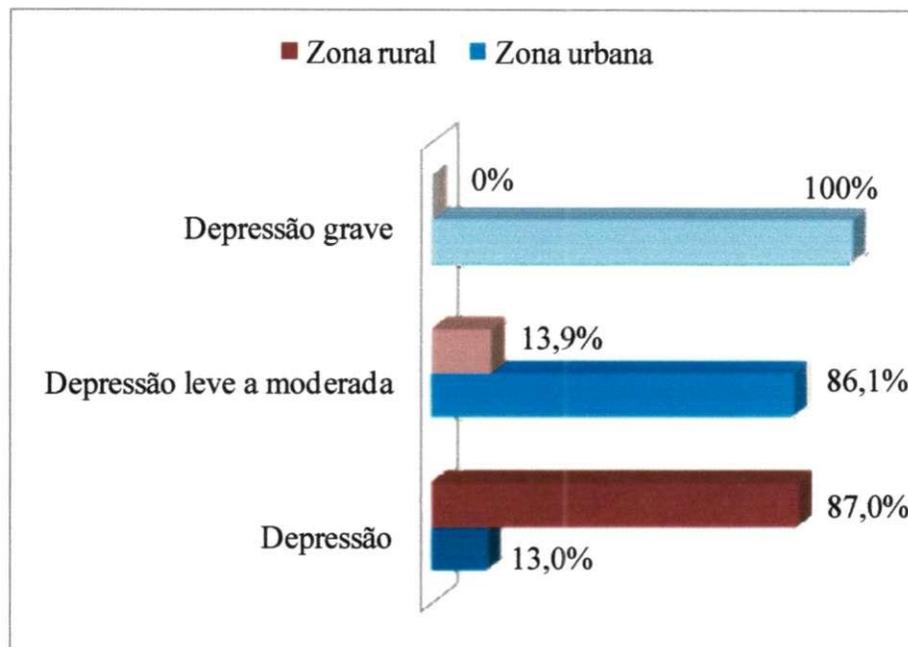
**Gráfico 2 – IDADE**

Fonte: Própria pesquisa/2011

O isolamento, dificuldades nas relações interpessoais, principalmente no meio familiar podem contribuir ou desencadear a depressão. As dificuldades econômicas e outros fatores de estresse da vida diária têm igualmente um efeito importante (BRASIL, 2006). Desta forma, é perceptível que o ambiente em que os idosos estão inseridos está diretamente ligado ao estado de saúde biopsicossocial em que os mesmos se encontram.

Em estudo realizado em Portugal, numa amostra composta por 22 idosos, 11 da zona urbana e 11 da rural, percebeu-se que as diferenças nas médias entre as duas amostras ao nível da depressão são estatisticamente significativas e que os níveis de depressão no meio rural são significativamente inferiores aos do meio urbano (TEIXEIRA, 2010).

Observando a população amostral, dos 376 idosos 84% residem na zona urbana e 16% na rural. Portanto, a quantidade de idosos residentes na zona urbana é predominante na amostra. Assim sendo, dos idosos com suspeita de quadro depressivo a maioria reside na zona urbana (87%), sendo destaque os idosos que apresentaram indícios de depressão grave, todos residiam na zona urbana. Mesmo tendo esse quadro de depressão em idosos caracterizado como um problema urbano é pertinente observar que, diante do pequeno número de idosos da amostra residentes na zona rural, o percentil de idosos deste perímetro com indicativo de depressão deve ser atentado, pois dos 60 idosos residentes na zona rural, 20 destes, o que corresponde a 33,3%, apresentaram algum indício de depressão, os quais estão incluídos nos 13% representados no gráfico abaixo:

**Gráfico 3 – Zona onde reside**

**Fonte:** Própria pesquisa/2011

O estresse do dia a dia na zona urbana denota uma vida conturbada, onde na maioria das vezes os idosos são pressionados a viverem em um ritmo de vida acelerado que não é alcançado por estes, tornando-os 'inúteis' para o meio social, situação totalmente diferente das suas origens, ou seja, no meio rural, onde a tranquilidade e a atividade são realidade na vida dos moradores. Mesmo diante desse baixo índice de depressão em idosos na zona rural, deve-se atentar para os casos que muitas vezes podem estar mascarados e, pela calma apresentada no dia a dia do idoso, passam despercebidas pelos profissionais da Atenção Primária.

**Tabela 2 – Estado civil dos idosos depressivos**

ESTADO CIVIL	Depressão geral		Depressão leve a moderada		Depressão grave	
	f	(%)	f	(%)	f	(%)
Solteiro	18	11,7	17	11,8	1	10
Casado	76	49,3	72	50	4	40
Viúvo	52	33,8	47	32,6	5	50
Separado/	8	5,2	8	5,6	-	-

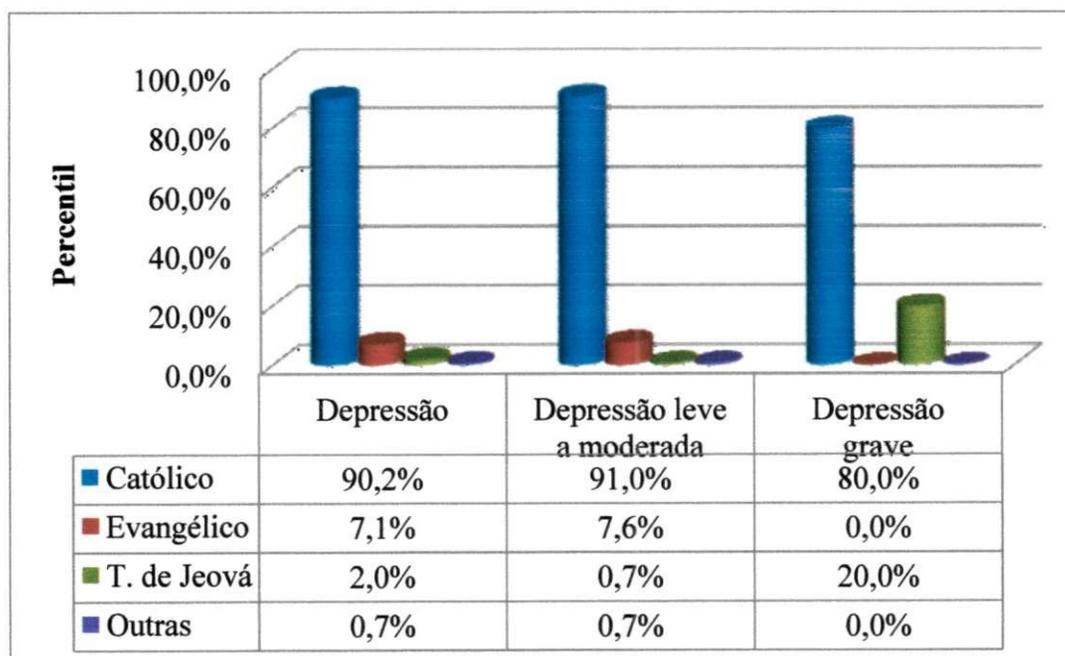
desquitado

Fonte: Própria pesquisa/2011

A tabela 2 mostra que dos idosos com suspeita de depressão, 49,3% casados e 33,8% viúvos. Quando se especifica os valores com relação ao tipo de depressão, tal prevalência continua, sendo 50% dos casos de depressão leve a moderada, caracterizados como idosos casados e 32,6% viúvos, fato tendencioso também nos casos de depressão grave em que 40% casados e 50% viúvos. É interessante considerar que, na amostra, a maioria dos idosos é casada e viúva. Especificando-se com relação a classificação por escore, destaca-se os idosos com depressão grave que em sua maioria é viúva. A relação de viuvez com a depressão tem sido diretamente proporcional, fato que remete a ligação da solidão ao sentimento de tristeza que quando não resiliente pode ser porta de entrada para a depressão na vida do idoso.

Em estudo desenvolvido por Schovers et al. (2000) apud Leite (2002) foi verificado que ser casado diminuía o risco da depressão, e casamento era um fator protetor para depressão, especificamente para os homens idosos. Segundo Lima (1999) a depressão parece ser mais freqüente entre pessoas divorciadas ou separadas, do que entre solteiros e casados. No entanto, com a viuvez recente há alta ocorrência de depressão.

Gráfico 4 – Religião



Fonte: Própria pesquisa/2011

A religiosidade é um dos fatores que contribuem para uma melhor qualidade de vida, especialmente na vida dos idosos que na maioria das vezes, fragilizados pelas situações já vividas, encontram um apoio forte quando são praticantes de uma religião.

Monteiro (2004) apud Floriano; Dalgarrondo (2007) afirmam que o aumento da espiritualidade com o avançar da idade é alicerce emocional, com repercussões nas áreas da saúde física e mental.

Moreira-Almeida et al. (2006), durante o Congresso Internacional 20<sup>a</sup> Century, divulgou uma revisão sistemática de 850 estudos sobre a relação religião-saúde mental, identificados através de vários bancos de dados incluindo também atualização sobre artigos publicados desde 2000 como também pesquisas realizadas no Brasil e um breve histórico e metodológico, concluindo que existem evidências da relação entre o envolvimento religioso e uma melhor saúde mental.

No gráfico 4, observa-se que dos idosos com depressão, 90,2% católicos, seguido dos evangélicos com 7,1%. Quanto à depressão leve a moderada esse padrão percentual continua, 91% católicos e 7,6% evangélicos, variando consideravelmente os valores dos idosos com suspeita de depressão grave, caracterizados por 80% católicos e 20% Testemunhas de Jeová. Deste modo, a maioria dos idosos é caracterizada como católica, considerando ser este um grupo de maior representatividade tanto na população de modo geral quanto na amostral.

**Tabela 3 – Co-habitação**

CO-HABITAÇÃO	Depressão geral		Depressão leve a moderada		Depressão grave	
	f	(%)	f	(%)	f	(%)
Sozinho	13	8,4	13	9	-	-
Cônjuge/Companheiro	24	15,6	23	16	1	10
Cônjuge e outros familiares	48	31,2	45	31,3	3	30

Sem cônjuge e com outros familiares	68	44,1	62	43	6	60
Com empregado ou cuidador	1	0,7	1	0,7	-	-

Fonte: Própria pesquisa/2011

A co-habitação é um fator importante para uma boa qualidade de vida de qualquer indivíduo, inclusive o idoso, quase sempre atingido pela solidão no dia a dia, mesmo que esteja rodeado de pessoas.

Analisando as tabelas 3 e 4, observa-se que dos idosos com depressão, de modo geral caracterizam-se como aqueles que vivem sem o cônjuge, mas com outros familiares com 44,1%, seguido de 31,2% dos que vivem com o cônjuge e outros familiares. Pode-se entender que, esses idosos que vivem sem os cônjuges são viúvos e/ou separados. Pinho et al. (2009) afirmam que a viuvez é um fator de risco presente em muitos idosos investigados. Nos casos de depressão grave isso se confirma, pois a maior parte dos idosos depressivos, correspondente a 60%, vive sem o cônjuge.

Tabela 4 – Número de co-habitantes

NÚMERO DE PESSOAS QUE CO-HABITA	Depressão geral		Depressão leve a moderada		Depressão grave	
	f	(%)	f	(%)	f	(%)
1 -5 pessoas	143	92,9	134	93,1	9	90
6 – 10 pessoas	11	7,1	10	6,9	1	10

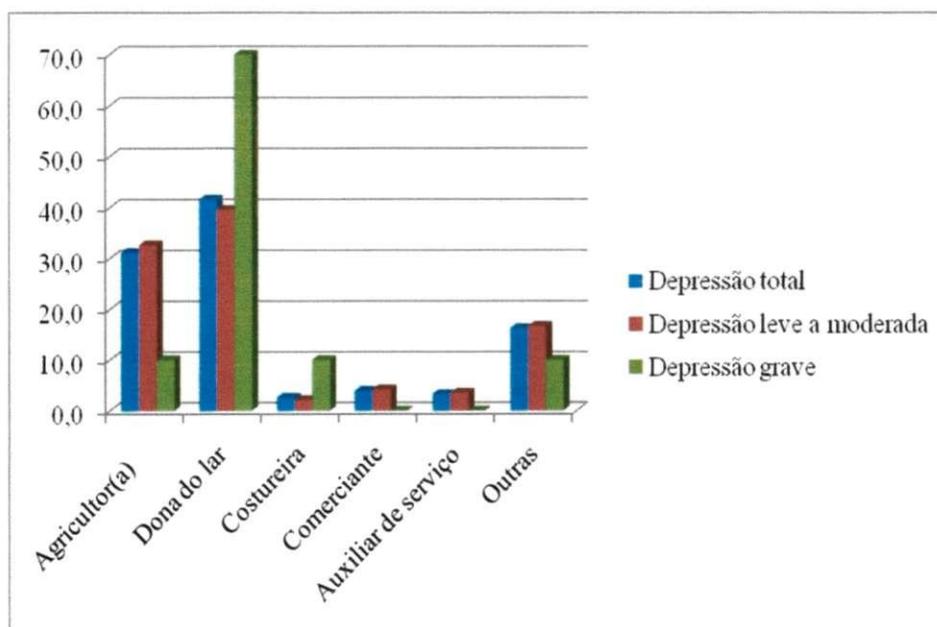
Fonte: Própria pesquisa/2011

Com relação ao número de pessoas presentes no convívio familiar constata-se que a maioria convive com uma a cinco pessoas, fato considerável que não remete ideia de abandono por parte dos familiares, mas sugere que o isolamento esteja bem presente na vida do idoso, porém ofuscado por ele mesmo e/ou pelos familiares.

Teixeira (2010) demonstrou a existência de relações positivas entre a depressão e a solidão, e negativas entre a qualidade de vida e as duas anteriores, comprovando ainda que variáveis sócio-demográficas como o meio de moradia e a satisfação com a relação de amizade, influenciam a percepção da solidão, da depressão e da qualidade de vida do idoso.

Referindo-se à profissão e ocupação, antes de tudo é interessante compreender o sentido destas variáveis. Angelin (2010) destaca que a distinção entre ocupação e profissão são as exigências como, conhecimento técnico-científico, associações profissionais, sensibilidade para enxergar as necessidades dos clientes e saciá-las, bem como código de ética profissional, que caracterizam esta última, sendo imprescindíveis para o processo de profissionalização.

**Gráfico 5 – Profissão**



**Fonte:** Própria pesquisa/2011

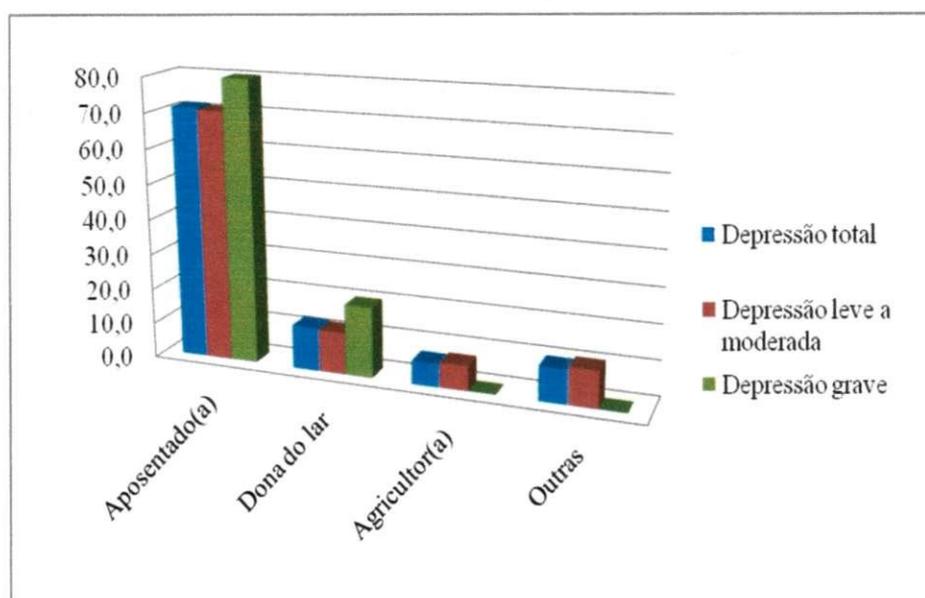
No gráfico 5 são representadas as profissões exercidas pelos idosos ao longo da vida. Destaca-se que a maioria dos idosos com depressão apresenta-se em 41,6% como dona do lar e 31,2% agricultor (a), outrora residentes na zona rural. Os casos de depressão leve a moderada, assim como os de depressão grave seguem as mesmas características. As demais profissões apresentam percentuais menores, mas não deixam de ser relevantes. A profissão de comerciante é representada nos casos de depressão leve a moderada com 4,2%, seguido de auxiliar de serviço com 3,5%. O valor de 16,2% refere-se aos demais tipos de profissão.

Referindo-se aos casos de depressão grave destaca-se 70% como dona do lar, e os demais 30% distribuídos igualmente entre agricultor (a), costureira e outras profissões, cada qual com 10%.

Desta forma, percebe-se que mulheres que exerceram apenas tarefas domésticas ao longo da vida, estão mais vulneráveis ao transtorno depressivo, assim como os demais idosos que se caracterizam como agricultores. Torelly (2008) realizou estudo em Porto Alegre – RS com 51 idosos que permanecem trabalhando após os 60 anos e 53 idosos que tinham trabalho remunerado e pararam de trabalhar após os 60 anos, comprovando que há elo entre estar ativo profissionalmente com menor número de sintomas depressivos e com melhor qualidade de vida. Este fato é percebido especificamente em mulheres idosas sugerindo que aquelas que continuam trabalhando apresentam melhor qualidade de vida e menos sintomatologia depressiva.

Destaca-se ainda que os sintomas depressivos não estão associados simplesmente ao tipo de profissão, mas a aceitação/satisfação do indivíduo com as atividades que executa. O autor citado anteriormente corrobora quando afirma que “a continuidade das atividades foi atribuída ao gostar de trabalhar, ao prazer e a satisfação, ao senso de utilidade e eficiência, ao engajamento social e com menor importância ao aspecto financeiro” (p.54).

**Gráfico 6 – Ocupação**



**Fonte:** Própria pesquisa/2011

É importante ressaltar que, dos idosos com suspeita de depressão, todos relataram ter alguma ocupação, de modo que a maior parte referiu ser aposentado, seguido de idosas que declararam ser dona do lar, com 71,4% e 12,3%, respectivamente. Especificando, nos casos de depressão leve a moderada e grave segue-se o mesmo percentual. Outros idosos referiram como ocupação a agricultura, representada por 6,5% dos idosos com suspeita de algum tipo de transtorno depressivo.

Rosa (2007) realizou um estudo em Barra Funda - RS com 218 sujeitos (88 homens e 130 mulheres) e percebeu que a maioria dos idosos é aposentada, tendo a atividade agrícola como principal ocupação. Nardi e Andrade (2005) constataram que a ocorrência de depressão moderada foi de 31,4% nos idosos aposentados, 27,3% pensionistas e 16,7% do lar, evidências estas observadas no presente estudo.

A tabela 5 mostra que nem todos os idosos aposentados consideram seu benefício (aposentadoria) como uma ocupação, tanto é que um percentual maior de idosos declarou ser aposentado. Pode-se conjecturar que no gráfico anterior esse valor foi menor pelas definições de ocupação formadas divergirem de indivíduo-indivíduo. Portanto, a população caracteriza-se em sua maioria com 79,9% de idosos aposentados com depressão. No tocante especificamente a depressão leve a moderada, destes, 79,2% são aposentados, percentual que cresce para 90% no grupo de sujeitos com depressão grave.

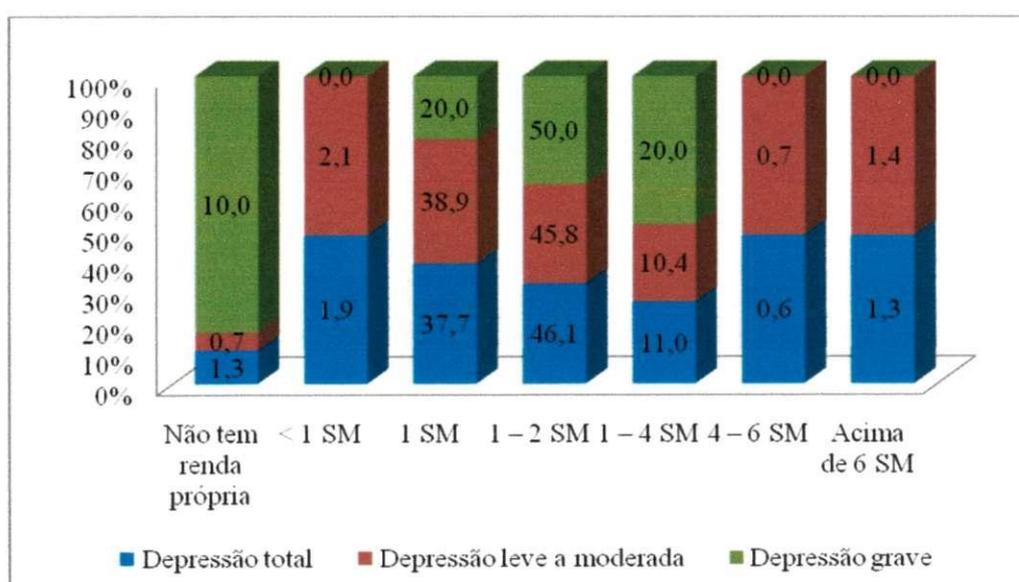
**Tabela 5 – Distribuição dos casos de depressão de acordo com categoria beneficiária**

VARIÁVEL	CATEGORIA	DEPRESSÃO		DEPRESSÃO LEVE A MODERADA		DEPRESSÃO GRAVE	
		f	(%)	f	(%)	f	(%)
<b>Aposentado</b>	Sim	123	79,9	114	79,2	9	90
	Não	31	20,1	30	20,8	1	10
<b>Benefício do governo</b>	Sim	2	1,3	2	1,4	-	0
	Não	152	98,7	142	98,6	10	100
<b>Benefício do INSS</b>	Sim	2	1,3	2	1,4	-	0
	Não	148	89,6	138	95,8	10	100
	NR(não respondeu)	4	2,6	4	2,8	-	0

Fonte: Própria pesquisa/2011

Destarte, observa-se que os idosos com suspeita de depressão têm amparo por parte da Previdência Social, embora apresentados com faixas salariais reduzidas (gráfico 7), não remete um descaso por parte do Instituto Nacional de Seguro Social – INSS. Tanto é assim que Jardim (2011) afirma que os auxílios-doença acidentários por transtornos mentais e do comportamento concedidos em 2009, metade se deve a transtornos do humor, sendo que destes 90% são casos de depressão. A tabela acima demonstra, portanto que, os idosos em depressão na maioria aposentados, porém não remete a ideia de que todos os idosos aposentados têm indicativo de transtorno depressivo.

**Gráfico 7 – Renda mensal**



**Fonte:** Própria pesquisa/2011

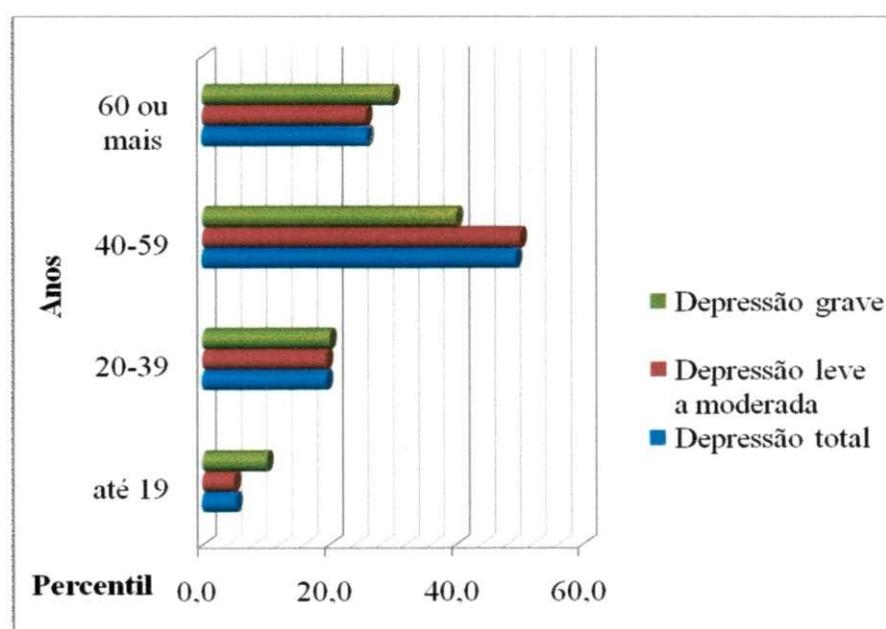
Estudos demonstram que a renda mensal está ligada diretamente ao aparecimento de transtornos mentais incluindo a depressão em qualquer indivíduo, inclusive a classe idosa que é mais vulnerável ao aparecimento de indícios de transtorno depressivo. Crepaldi (2009) concluiu que a depressão apresentou resposta inversa com relação a renda pessoal mensal, ou seja, quanto menor a renda mensal maior o risco de se apresentar um quadro depressivo. Kaplan & Sadocki (1993) apud Nardi e Andrade (2005) também descrevem que há frequência aumentada de depressão para os idosos mais carentes financeiramente. Não sendo diferente, Lima (1999) em um de seus estudos também afirmou que a baixa renda é um fator socioeconômico que sugere a tais indivíduos, maior prevalência de transtornos mentais.

O gráfico 7 refere-se à variável renda mensal, demonstrando de modo geral que, 46,1% dos idosos com depressão tem renda mensal entre 1 – 2 SM, e 37,7% apenas 1 SM. A

população com depressão leve a moderada caracteriza-se por 45,8% possuindo renda de 1 – 2 SM, e 38,9% com 1 SM. Os casos de depressão grave são apresentados por 50% com renda também de 1 – 2 SM, seguido de grupos de 1 SM e de 1 – 4 SM ambos com 20%.

Tais resultados se equiparam ao que já fora dito e referenciado na literatura. Quanto menor a renda mensal, maior é a quantidade e a gravidade dos casos de depressão. Dentre os casos de depressão grave pode-se verificar que 10% dos sujeitos vivem sem renda própria.

**Gráfico 8 - Tempo que trabalhou**



Fonte: Própria pesquisa/2011

O tempo de trabalho é uma variável importante para a avaliação da qualidade de vida de um indivíduo, como também para detecção de transtorno depressivo. Lima (1999) comprova isso ao afirmar que os custos da assistência médica, tempo de trabalho perdido, e a diminuição da qualidade de vida associam-se de forma clara e consistente com transtornos depressivos.

O gráfico 8 demonstra que os idosos com depressão trabalharam por muito tempo. Desse modo, 49,4% destes durante 40-59 anos, margem de tempo que caracteriza os idosos com depressão leve a moderada com 50%, assim como os casos de depressão grave com 40%.

Considera-se que alguns idosos, ao deixarem o trabalho sentem falta das atividades rotineiras e quando se depara com a aposentadoria e a 'inatividade' que agora

permeia o seu cotidiano, torna-se triste e depressivo. No entanto, um fator considerável para estes casos de depressão podem ser o alto nível de estresse vivido pelo trabalho ao longo dos anos e que agora é esgotado na ‘solidão’ da velhice. Deve-se, portanto, atentar para o fato de que a aposentadoria, vinda inesperadamente pode ser um choque para as pessoas: o afastamento do trabalho, das relações de amizade, do mundo público (MOREIRA, 2010).

Assim os resultados encontrados neste estudo vão de encontro ao pensamento do autor anteriormente citado quando denota a positividade de se trabalhar por muito tempo. No entanto, esse ‘costume’ de trabalho quando interrompido causa o sentimento de perda das atividades o que de fato é confirmado. Deste modo, a continuidade das atividades profissionais contribui para a menor prevalência de sintomas depressivos em idosos (TORELLY, 2008).

Com relação à escolaridade, pode-se verificar que, dos idosos com depressão em geral 53,9% sabem ler, 44,2% sabem escrever, tendo 53,2% destes idosos, ensino fundamental. Um percentual considerável deste grupo não sabe ler correspondendo a 46,1%, e 31,8% não sabe escrever, sendo que 24% apenas assinam o nome, percebendo-se que 37,7% não freqüentaram a escola. O grupo de sujeitos com depressão leve a moderada segue o mesmo padrão percentual das características dos casos de depressão em geral. É relevante enfatizar que, nos casos de depressão grave, o percentual de idosos que sabe ler cresce para 60%, porém os que não sabem escrever e que não freqüentaram a escola são representados neste grupo por 50%.

**Tabela 6 – Escolaridade**

VARIÁVEL	DEPRESSÃO		DEPRESSÃO LEVE A MODERADA		DEPRESSÃO GRAVE	
	f	(%)	f	(%)	f	(%)
<b>Sabe ler</b>						
Sim	83	53,9	77	53,5	6	60,0
Não	71	46,1	67	46,5	4	40,0

**Sabe escrever**

Sim	68	44,2	64	44,4	4	40,0
Somente assina o nome	37	24,0	36	25,0	1	10,0
Não	49	31,8	44	30,6	5	50,0

**Grau escolar**

Ensino Fundamental	82	53,2	78	54,2	4	40,0
Ensino Médio	12	7,8	11	7,6	1	10,0
Ensino Superior Completo	2	1,3	2	1,4	-	-
Não frequentou escola	58	37,7	53	36,8	5	50,0

Fonte: Própria pesquisa/2011

Nesta variável constata-se então que o grau de escolaridade dos idosos com suspeita de depressão neste estudo é baixo, fato presente em diversos outros estudos com o mesmo objetivo. Wheaton (1980) apud Lima (1999) consideram que a baixa escolaridade pode ser um fator de estresse em longo prazo, particularmente para os não alfabetizados.

Minicuci et al. (2002) apud Crepaldi (2009) em estudo realizado verificaram que idosos com cinco anos ou mais de escolaridade tiveram uma prevalência de sintomas depressivos 30% menor que os idosos com escolaridade inferior a cinco anos.

**Tabela 7 – Condições gerais de saúde dos idosos com suspeita de depressão**

VARIÁVEL	DEPRESSÃO		DEPRESSÃO LEVE A MODERADA		DEPRESSÃO GRAVE	
	f	(%)	f	(%)	f	(%)

Pratica exercício físico						
Sim	42	27,3	41	28,5	1	10,0
Não	94	61,0	87	60,4		70,0
Não, mas já pratiquei	18	11,7	16	11,1	2	20
Tem doença crônica						
Sim	121	78,6	114	79,2	7	70,0
Não	33	21,4	30	20,8	3	30,0
Usa medicamento?						
Sim	98	63,6	91	63,2	7	70,0
Não	56	36,4	53	36,8	3	30,0

Fonte: Própria pesquisa/2011

A tabela 7 expõe as condições gerais de saúde dos idosos com sinais e sintomas representativos da depressão. Sobre a atividade física pode-se observar que dos 154 idosos, 61% com depressão não praticavam nenhum tipo de exercício físico, destes 11,7 % eram ex-praticantes. Esse percentual continua característico nos grupos específicos de depressão leve a moderada e depressão grave.

Segundo Cooper (1982) apud Stella et al. (2002), o exercício físico, em particular o aeróbico, realizado moderadamente propicia alívio do estresse ou tensão, devido a um aumento da taxa de hormônios denominados endorfinas que agem sobre o sistema nervoso, reduzindo o impacto estressor do ambiente, contribuindo, assim, na prevenção ou redução de transtornos depressivos.

Sobre as doenças que acometem o grupo de idosos com suspeita de depressão, 78,6% afirmaram ter algum tipo de doença crônica, tanto os com depressão leve a moderada (79,2%), como a grave (70%). Percebeu-se que 42,2% dos idosos afirmaram ter mais de uma doença. Dentre as principais doenças apresentadas por estes idosos destacam-se as doenças cardiovasculares com 62,3% (HAS – 59,7%, AVE – 1,3% e infarto – 1,3%), diabetes mellitus (14,9%), doenças respiratórias (3,2%), reumáticas e osteoarticulares (22,7%), gastrintestinais (2,6%), renal (1,3%), como também a depressão. Outras doenças como labirintite, câncer, neuropatias, também foram relatadas, num conjunto de 23,4%. Estudo realizado em 2009, na cidade de Campina Grande – PB revelou que a doença mais prevalente foi à hipertensão arterial (60,4%), seguida da osteoartrose (27,0%), osteoporose (24,8%), diabetes (17,8%) e

doenças respiratórias (16,1%). Foi constatado também que 82,0% dos idosos tomavam pelo menos um medicamento para doença crônica (SILVA; CATÃO, 2012).

Ressalta-se que, dos idosos com suspeita de depressão (154), apenas sete relataram ter tal transtorno, o que corresponde a 4,5% destes sujeitos. Isso demonstra a acentuada subnotificação de casos de depressão em idosos.

Em relação ao uso de medicação, 63,6% dos idosos depressivos fazem uso de algum medicamento, tanto os com depressão leve a moderada quanto grave, embora esse percentual varie para 63,2% e 70%, respectivamente. Os medicamentos mais utilizados pelos sujeitos são os anti-hipertensivos, polivitamínicos, antidiabéticos, diuréticos e antidepressivos, estes últimos com a capacidade de mascarar um possível caso de transtorno depressivo, já que são medicamentos utilizados na maioria das vezes inadequadamente e que na amostra são utilizados pelo correspondente a 24% dos idosos com suspeita de depressão.

Desta forma percebe-se que as necessidades de uma melhor atenção voltada à saúde do idoso são indispensáveis, principalmente na Atenção Básica, parte dos serviços de saúde que deve estar presente e ser conhecida na vida diária do idoso e sua família.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O crescimento da população idosa é vertiginoso em todo o país, inclusive no município de Cajazeiras, PB, espaço demográfico avaliado neste estudo no que se refere ao contexto biopsicossocial da classe idosa.

De acordo com os resultados encontrados foi possível verificar que a representatividade de idosos com suspeita de transtorno depressivo na população estudada, com 41%, supera o percentual de idosos com depressão no país. Percebe-se que os casos de depressão em idosos têm sido negligenciados. As condições de moradia, estado civil, sexo, entre outras variáveis tratadas neste estudo são consideradas como fatores de risco, no entanto, não recebem a atenção devida por parte das Unidades Básicas de Saúde.

É evidente que, mesmo diante de novas Políticas de Atenção à saúde da pessoa idosa, é necessário repensar os cuidados essenciais às necessidades do idoso, com medidas concretas direcionadas a ações de prevenção, detecção precoce, acompanhamento e reabilitação desses idosos, bem como a articulação de grupos de convívio, criação de rodas de conversa com o idoso e sua família e/ou cuidador por parte dos profissionais da Atenção Básica, principal ferramenta para a aplicação das Políticas de Saúde do Idoso no dia a dia destes.

Propõe-se a capacitação da equipe multiprofissional da atenção básica, pois a sobrecarga de tarefas tem obscurecido a real necessidade da população mais fragilizada nas comunidades. Reivindica-se, pois ações de promoção e capacitação por parte dos órgãos municipais junto a Atenção Básica a fim de cumprir e tornar mais belo o que já se é conhecido apenas no papel.

**REFERÊNCIAS**

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

ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. de C.; FACCENDA, O.; CERCHIARI, E. A.N.; AMENDOLA, F. Sintomas depressivos em idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família. **Cogitare Enfermagem**. Paraná, v.15, n.2, p. 217-224, 2010.

ANGELIN, P. E. Profissionalismo e profissão: teorias sociológicas e o processo de profissionalização no Brasil. **REDD – Revista Espaço de Diálogo e Desconexão**. Araraquara, v. 3, n. 1, jul/dez. 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Cadernos da Atenção Básica n.19**. Brasília, 2006. 92p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, 2010.v. 12. 44 p.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde – Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996. Brasília, 1996. Diário Oficial da União, Seção 1. n. 201,p. 21082.

CREPALDI, A.L. **Depressão e sintomas depressivos em idosos de baixa renda em São Paulo: prevalência, fatores associados e uso dos serviços de saúde**. São Paulo, 2009. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – 2009.

FERNANDES, M. das G. M.; NASCIMENTO, N. F. de S.; COSTA, K. N. de F. M. Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na Atenção Primária de saúde. **Revista Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 1, p. 19-27, 2010.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.129-138, 2009.

FLORIANO, P. de J. ; DALGALARRONDO, P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56, n. 3, p.162-170, 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 176 p.

IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais – Uma análise das Condições de Vida da População Brasileira**. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica, nº 27. Rio de Janeiro, 2010.

\_\_\_\_\_. **Sobre a condição de saúde dos idosos: indicadores selecionados**. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro, 2010.n.27.

JARDIN, S. Depressão e trabalho: ruptura de laço social. **Revista Brasileira Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.36, n.123, p. 84-92, 2011.

LEITE, V. M. M. **Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade (UnATI/UFPE)**. Recife, 2002. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, 2002.

LIMA, M. S. Depressão: epidemiologia e impacto social. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21 n. 1, p. 01-05, 1999.

MARCONI, M. de A. LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003. 310 p.

MINAYO, M. C. de S. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28; n. 2, p. 208-209, 2012.

MORAES, E.N.; MORAES, F.L.; LIMA, S.P.P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Revista Medicina Minas Gerais**, Belo Horizonte; v.20, n. 1, p. 67-73, 2010.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; NETO, F.L.; KOENIG, H.G. Religiousness and mental health: a review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.28, n.3, 2006.

MOREIRA, M.M.da S. **Trabalho, qualidade de vida e envelhecimento**. Rio de Janeiro, 2000. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Fundação Oswaldo Cruz/ Escola Nacional de Saúde Pública - 2000.

NARDI, E.de F.R.; ANDRADE, O.G.de. Estados depressivos entre idosos na comunidade – Jandaia do Sul, Paraná, Brasil. **Arquivos de Ciências da Saúde Unipar**, Umuarama, v.9, n.2, 2005.

NUNES, D. P.; NAKATANI, A.Y.K.; SILVEIRA, E.A.; BACHION, M.M.; SOUZA, M.R. de. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2887-2898, 2010.

NUNES, M. A construção social simbólica do envelhecimento. **REVISTA PORTAL de Divulgação**, n.12, p. 7 – 14 jul. 2011.

OLIVEIRA,D. A.A.P; GOMES,L; OLIVEIRA.R.F. Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n.4, p. 734-736, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE E ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA (WONCA) **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global. Coordenação Nacional para a Saúde Mental Alto Comissariado da Saúde**. Tradução Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Ministério da Saúde Lisboa, PORTUGAL, 2008.

PINHO, M.X.; CUSTÓDIO, O.; MAKDISSE, M. Incidência de depressão e fatores associados em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 12, n.1, p. 123-140, 2009.

PORTO, J.A.D. Conceito e diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Depressão - v. 21, suppl. 1, p. 6-11, 1999RAMOS, L.R. Saúde Pública e envelhecimento: o paradigma da capacidade funcional. **Revista Envelhecimento e Saúde**. Boletim do Instituto de Saúde. São Paulo, n. 47, p 40-41, 2009.

PNAD, 2008. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Um Panorama da Saúde no Brasil Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008**. Rio de Janeiro, 2010. 245 p.

RAMOS, L.R. **Saúde Pública e envelhecimento: o paradigma da capacidade funcional.** Envelhecimento e Saúde, n. 49, abril-2009.

ROSA, L. H. T. da. **Estudo dos fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos da comunidade de Barra Funda - RS, Brasil.** Porto Alegre, 2007. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – 2007.

SANTANA, I. O. de.; ARAÚJO, L. F. de.; COUTINHO, M. da P. de L. Depressão: como o idoso representa a doença?. **Revista Kairós, gerontologia** / Núcleo de Estudo e Pesquisa do Envelhecimento, São Paulo, v.9, n.2, p. 283-302, 2006.

SILVA, A. D. L. da.; CATÃO, M. H. C. de V. Doenças sistêmicas em idosos não institucionalizados. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 37, n. 3, p. 299-303, 2012.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação** Rev. atual. Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, Florianópolis, 3. ed., 121 p., 2001.

STELLA, F; GOBBI, S; CORAZZA, DI; COSTA, JLR. Depressão no idoso: Diagnóstico, tratamento e Benefícios da atividade Física. **Motriz**, São Paulo, v.8, n.3, p.91-98, 2002.

TEIXEIRA, L. M. F. **Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um Programa de intervenção.** Lisboa, 2010. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa - Faculdade de Psicologia, 2010.

TORELLY, I. W. de O. **A Influência do trabalho na qualidade de Vida do idoso e na sintomatologia depressiva.** Porto Alegre, 2008. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – 2008.

TORRALBA, R. Envelhecimento e “cuidado de si”. **Revista Kairós: gerontologia** / Núcleo de Estudo e Pesquisa do Envelhecimento, São Paulo, v.9, n.2, p. 191-207, 2006.

URSINE, P. G. S.; CORDEIRO, H. de A.; MORAES, C. L. Prevalência de idosos restritos ao domicílio em região metropolitana de Belo Horizonte (Minas Gerais, Brasil). **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.6. p. 2953-2962, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 60p. , 2005.

# ANEXOS

## ANEXO I – Escala de Depressão Geriátrica

Sujeito Nº \_\_\_\_\_

### ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO – GDS 15<sup>5</sup>

(Almeida & Almeida, 1999)

AVALIADO: \_\_\_\_\_

AVALIADOR: \_\_\_\_\_

- |  |                |                |
|--|----------------|----------------|
| 1. Você está basicamente satisfeito com sua vida?              | ( ) Sim        | ( ) Não        |
| 2. Você deixou muito dos seus interesses e atividades?         | ( ) <b>Sim</b> | ( ) Não        |
| 3. Você sente que sua vida está vazia?                         | ( ) <b>Sim</b> | ( ) Não        |
| 4. Você se aborrece com frequência?                            | ( ) <b>Sim</b> | ( ) Não        |
| 5. Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?          | ( ) Sim        | ( ) <b>Não</b> |
| 6. Você tem medo de que algum mal vá lhe acontecer?            | ( ) <b>Sim</b> | ( ) Não        |
| 7. Você se sente feliz a maior parte do tempo?                 | ( ) Sim        | ( ) <b>Não</b> |
| 8. Você sente que sua situação tem saída?                      | ( ) <b>Sim</b> | ( ) Não        |
| 9. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?     | ( ) <b>Sim</b> | ( ) Não        |
| 10. Você se sente com mais problemas de memória que a maioria? | ( ) <b>Sim</b> | ( ) Não        |
| 11. Você acha maravilhoso estar vivo?                          | ( ) Sim        | ( ) <b>Não</b> |
| 12. Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?         | ( ) <b>Sim</b> | ( ) Não        |
| 13. Você se sente cheio de energia?                            | ( ) Sim        | ( ) <b>Não</b> |

<sup>5</sup> Pontuação: 0 quando for diferente da resposta em negrito

1 quando for igual à resposta em negrito

Total > 10 = suspeita de depressão

14. Você acha que sua situação é sem esperanças? ( ) **Sim** ( ) Não

15. Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você? ( ) **Sim** ( ) Não

**ANEXO II – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa**

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFPG  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que em reunião de 03/ 03/ 2011 foi aprovado o Projeto de Pesquisa: Fatores Associados à Independência Funcional dos Idosos.

Projeto a ser realizado no período de: Abril de 2011 a Junho de 2012.

Estando o pesquisador ciente de cumprir integralmente os itens da Resolução n°. 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve seres humanos, podendo sofrer penalidades caso não cumpra com um dos itens da resolução supra citada.

Após conclusão da pesquisa deve ser encaminhado ao CEP/ HUAC, em 30 dias (trinta dias), relatório final de conclusão, antes de envio do trabalho para publicação. Haverá apresentação pública do trabalho no Centro de Estudos HUAC em data a ser acordada entre pesquisador e CEP/ HUAC.

*Karynna M. Barros da Nóbrega*

Karynna Magalhães Barros da Nóbrega  
Coordenadora CEP/ HUAC/ UFPG.

Campina Grande - PB, 31 de Março de 2011.

Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande – PB.  
Telefone.: (83) 2101 – 5545. E-mail.: [cep@huac.ufcg.edu.br](mailto:cep@huac.ufcg.edu.br)

**ANEXO III – Termo de Autorização para utilização dos dados de Pesquisa****A U T O R I Z A Ç Ã O**

Eu, *Erlane Aguiar Feitosa de Freitas*, autorizo *Perla Figueredo Carreiro Soares* a utilizar os dados da minha pesquisa de doutorado intitulada: “Fatores Associados à Independência Funcional dos Idosos” no seu Trabalho de Conclusão de Curso – TCC.

Cajazeiras (PB), 30 de junho de 2012.

*Erlane Aguiar Feitosa de Freitas*  
**Erlane Aguiar Feitosa de Freitas**  
RG.: 1000.925 SSP/PB – CPF.: 500477104-97

## APÊNDICES

**APÊNDICE I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Sujeito Nº: \_\_\_\_\_

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Título da pesquisa:** Fatores Associados à Independência Funcional dos Idosos

Durante a leitura do documento abaixo fui informado(a) que posso interromper para fazer qualquer pergunta, com objetivo de tirar dúvidas, para o meu melhor esclarecimento.

Você está sendo convidado(a) a participar voluntariamente de um estudo que tem como objetivo estudar os Fatores Associados a Independência Funcional dos Idosos.

Eu, \_\_\_\_\_, fui procurado(a) pela educadora física ERLANE AGUIAR FEITOSA DE FREITAS, sobre o Projeto de pesquisa com o título acima citado, coordenado pela profa. Dra. Ana Caline Nóbrega da Costa, por ter sido selecionado(a) para participar desse estudo.

Fui informado(a) que:

- Estarei ajudando no estudo de independência funcional de idosos;
- poderei sair desse estudo a qualquer momento, caso decida;
- os investigadores não serão remunerados para a realização desse estudo;
- os objetivos e procedimentos que serão seguidos na pesquisa foram explicados de forma simplificada;
- objetivo: Estudar os fatores associados à independência funcional dos idosos;
- serão aplicados os questionários Sócio-ecômico-demográfico; Mini Exame do Estado Mental; Escala de Depressão Geriátrica; Inventário de Barthel, e posteriormente os Instrumentos Whoqol Old e Whoqol Bref;

- Os resultados da pesquisa serão publicados em revista médica e utilizados somente para fins científicos, em meio adequado. Não serei identificado como participante deste estudo. Ou seja, os dados serão utilizados SEM constar o nome e o endereço.

**Declaro que minha participação no estudo é voluntária e que a minha assinatura garante que recebi uma cópia deste termo.**

Qualquer dúvida ou complicação que me ocorra no transcurso deste estudo, poderei contactar a orientadora do projeto Dra. Ana Caline Nóbrega da Costa, na Coordenação de Fonoaudiologia, no 1º andar, do Instituto de Ciências da Saúde - UFBA, telefone (71) 3247-6982, e-mail: [anacaline@uol.com.br](mailto:anacaline@uol.com.br) , a educadora física Erlane Aguiar Feitosa de Freitas, no Centro de Formação de Professores, Unidade Acadêmica de Letras da Universidade Federal de Campina Grande, Bairro Casas Populares , CEP.: 58.90-000, Cajazeiras, PB ou pelos telefones (83) 3531-2275 / 9613-3855, e-mail: [iana-ff@bol.com.br](mailto:iana-ff@bol.com.br) e o Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos, Rua Dr. Carlos Chagas, S/Nº, Bairro São José, CEP.: 58107-670, Campina Grande-PB, Telefones: (83) 2101-5545, e-mail: [cep@huac.ufcg.edu.br](mailto:cep@huac.ufcg.edu.br)

Cajazeiras, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Nome do Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante ou representante legal: \_\_\_\_\_

Assinatura do Investigador: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE II – Questionário sócio demográfico**

Sujeito Nº: \_\_\_\_\_

**QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO**

**IDENTIFICAÇÃO**

Nº Protocolo de Avaliação: \_\_\_\_\_  
 Nome do Agente Comunitário: \_\_\_\_\_  
 Unidade Básica de Saúde: \_\_\_\_\_  
 Data da entrevista: \_\_\_\_\_

Nome do Idoso: \_\_\_\_\_  
 Data de nascimento do Idoso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_  
 Profissão: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
 Endereço Completo: \_\_\_\_\_  
 Telefone: \_\_\_\_\_  
 Pessoa para contato: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

**Dados antropométricos:**

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_ P.A: \_\_\_\_\_

Circunferência do Abdome: \_\_\_\_\_ Circunferência do pescoço: \_\_\_\_\_

**Resultado de Exames Laboratoriais:**

Glicemia em Jejum: \_\_\_\_\_ Triglicérides: \_\_\_\_\_ HDL-colesterol: \_\_\_\_\_

Observação: \_\_\_\_\_

**DADOS DEMOGRÁFICOS: GERAIS**

1) Há quanto tempo reside em Cajazeiras? \_\_\_\_\_

( ) 1. Zona rural ( ) 2. Zona urbana

2) Sexo

( ) 1. Masculino ( ) 2. Feminino

**3) Cor/raça**

1. Branca     2. Preta     3. Parda     4. Oriental     5. Índio     6. NR (não respondeu)

**4) Estado civil: (no papel):**

1. Solteiro(a)  
 2. Casado(a) no papel  
 3. Viúvo(a) no papel  
 4. Separado(a)/desquitado(a) no papel  
 5. NR (não respondeu)

**5) Atualmente mora:**

1. Sozinho(a)  
 2. Somente com cônjuge/companheiro(a)  
 3. Com cônjuge/companheiro(a) e outros familiares  
 4. Sem cônjuge/companheiro(a) e com outros familiares  
 5. Com empregado ou cuidador  
 6. NR (não respondeu)

**6) Quantas pessoas moram na casa?** \_\_\_\_\_

**7) Qual a renda mensal da sua família?**

1. Não tem renda própria.  
 2. Menor que 1 salário mínimo (R\$512,00)  
 3. 1 salário mínimo  
 4. Entre 1 e 2 salários mínimos  
 5. Entre 2 e 4 salários mínimos  
 6. Entre 4 e 6 salários mínimos  
 7. 6 salários mínimos ou mais  
 8. NR (não respondeu)

**8) Durante quanto tempo o Sr(a) trabalhou?** \_\_\_\_\_

9) Quais as atividades desenvolveu ao longo da vida? \_\_\_\_\_

**DADOS DEMOGRÁFICOS: ESCOLARIDADE**

10) Sabe ler?

( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 3. NR (não respondeu)

11) Sabe escrever?

( ) 1. Sim ( ) 2. Somente assina o nome ( ) 3. Não ( ) 4. NR (não respondeu)

12) Frequentou escola?

( ) 1. Sim. **COMPLETOU** até que série?

Primário	Ginásio	Científico
( ) 1ª série	( ) 5ª série	( ) 1ª série
( ) 2ª série	( ) 6ª série	( ) 2ª série
( ) 3ª série	( ) 7ª série	( ) 3ª série
( ) 4ª série	( ) 8ª série	

( ) 2. Não

( ) 3. NR (não respondeu)

13) Frequentou curso superior?

( ) 1. Sim. Incompleto? ( ) Qual curso? \_\_\_\_\_

Completo? ( ) Qual curso? \_\_\_\_\_

( ) 2. Não

( ) 3. NR (não respondeu)

**DADOS DE SAÚDE: ATIVIDADE FÍSICA**

14) Pratica algum exercício físico regular?

( ) 1. Sim. Qual exercício? \_\_\_\_\_ (ex: caminhada, futebol)

( ) 2. Não

( ) 3. Não, mas já pratiquei. Qual? \_\_\_\_\_ Qto tempo? \_\_\_\_\_ Qual era a Frequência? \_\_\_\_\_

( ) 4. NR (não respondeu)

15) Se SIM, quantas vezes pratica exercício físico?

- ( ) 1. Por dia: ( ) 1x ( ) 2x ( ) 3x ( ) 4x  
 ( ) 2. Por semana: ( ) 1x ( ) 2x ( ) 3x ( ) 4x ( ) 5x ( ) 6x

**16) Qual a duração média de cada atividade (marcar em minutos ou horas)?**

- ( ) 1. \_\_\_\_\_ minutos ( ) 2. \_\_\_\_\_ horas

**DADOS DE SAÚDE: AUSÊNCIA DE DOENÇA**

**17) É portador de alguma doença crônica?**

- ( ) 1. Sim ( ) Hipertensão ( ) 2. Diabetes ( ) 3. Colesterol alto ( ) 4. Saúde mental ( )  
 ) 5. Outros \_\_\_\_\_  
 ( ) 2. Não

**18) Usa medicamentos?**

- ( ) 1. Sim Quais? \_\_\_\_\_  
 ( ) 2. Não

**19) Foi hospitalizado recentemente?**

- ( ) 1. Sim. Há quanto tempo? \_\_\_\_\_ Motivo? \_\_\_\_\_  
 ( ) 2. Não

**20) Tem o hábito de usar tabaco (fumar)?**

- ( ) 1. Sim. Há quantos anos? \_\_\_\_\_  
 Nº médio de cigarros por dia: \_\_\_\_\_  
 ( ) 2. Não atualmente, mas já fumou.  
 Parou de fumar há: ( ) dias: \_\_\_\_\_ ( ) meses: \_\_\_\_\_ ( ) anos: \_\_\_\_\_  
 Fumou durante quantos anos? \_\_\_\_\_ Nº médio de cigarros por dia: \_\_\_\_\_  
 ( ) 3. Não, nunca fumou  
 ( ) 4. NR (não respondeu)

**DADOS DE SAÚDE: ÁLCOOL**

**21) O senhor(a) consome algum tipo de bebida alcoólica?**

- ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 3. NR (não respondeu)

**22) Se SIM, qual o tipo de bebida alcoólica que o senhor(a) MAIS consome? E a dose ingerida?  
 (marcar mais de uma opção, se for o caso)**

- ( ) 1. Vinho

Qtd em: copos:\_\_\_\_ **ou** cálices:\_\_\_\_ **ou** garrafas:\_\_\_\_ por: ( ) dia ( ) semana ( ) mês

( ) 2. Cerveja com álcool

Qtd em: copos\_\_\_\_ **ou** latas:\_\_\_\_ **ou** garrafas:\_\_\_\_ por:( ) dia ( ) semana ( ) mês

( ) 3. Cachaça / vodca / uísque / caipirinha

Qtd em: martelinhos\_\_\_\_ **ou** copos:\_\_\_\_ **ou** garrafas:\_\_\_\_ por: ( ) dia ( ) semana ( ) mês