



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

JAQUELINE CARVALHO E SILVA SALES

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS E FATORES ASSOCIADOS EM
MULHERES IDOSAS ASSISTIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA, NA PERSPECTIVA
DO CURSO DE VIDA**

TERESINA-PI

2016

JAQUELINE CARVALHO E SILVA SALES

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS E FATORES ASSOCIADOS EM
MULHERES IDOSAS ASSISTIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA, NA PERSPECTIVA DO
CURSO DE VIDA

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem no contexto social brasileiro

Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e em Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Maria do Livramento Fortes Figueiredo

TERESINA-PI

2016

JAQUELINE CARVALHO E SILVA SALES

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS E FATORES ASSOCIADOS EM
MULHERES IDOSAS ASSISTIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA, NA PERSPECTIVA DO
CURSO DE VIDA

Tese de Doutorado submetida à Banca Examinadora do Curso de Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em: ____ de _____ de 2016.

Profa. Dra. Maria do Livramento Fortes Figueiredo - Presidente
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Profa. Dra. Célia Pereira Caldas – 1ª Examinadora
Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ

Profa. Dra. Valéria Peixoto Bezerra – 2ª Examinadora
Universidade Federal da Paraíba - UFPB

Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro – 3ª Examinadora
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Profa. Dra. Telma Maria Evangelista de Araújo – 4ª Examinadora
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Profa. Dra. Elaine Maria Leite Rangel Andrade (Suplente)
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Profa. Dra. Ana Maria Ribeiro dos Santos (Suplente)
Universidade Federal do Piauí – UFPI

A vocês, Oneide, Joaquim e Henrique,
que tornaram essa caminhada possível e
mais leve.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que através da minha fé se faz presente em todos os momentos da minha vida, tornando possível este sonho.

À Universidade Federal do Piauí, na pessoa do Magnífico Reitor Prof. Dr. José Arimatéia Dantas Lopes, pela oportunidade de crescimento profissional através do meu ingresso no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

À Profa. Dra. Maria do Livramento Fortes Figueiredo, coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e, também, minha querida orientadora, que através do seu conhecimento e da sua disponibilidade conduziu com atenção e carinho este trabalho.

Às Profas. Dras. Célia Pereira Caldas, Valéria Peixoto Bezerra, Claudete Ferreira de Souza Monteiro, Telma Maria Evangelista de Araújo, Elaine Maria Leite Rangel Andrade, Maria Helena Barros de Araújo Luz e Ana Maria Ribeiro dos Santos, pelas contribuições e discussões nas diferentes etapas deste trabalho.

À Profa. Dra. Telma Maria Evangelista de Araújo, por sempre ser disponível e me acolher com amor.

À Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro, por me incentivar e mostrar novos horizontes.

Às Profas. Dras. Benevina Maria Teixeira Vilar e Silvana Santiago da Rocha, por acreditarem em mim e sempre me acalmarem com palavras doces.

A todas as mulheres idosas da Atenção Básica de Teresina, que me receberam em seus domicílios e tiveram a disponibilidade, a grandeza e a coragem de participar deste trabalho.

À minha Equipe de Pesquisa: Camilla de Oliveira Castelo Branco, Carla Daniele Araújo Feitosa, Jordana Fonseca Reis, Maria do Socorro Ribeiro de Araújo Sarmiento e Polyana Norberta Mendes, por me auxiliar, ouvir, incentivar e apoiar durante a condução deste trabalho.

Ao Neylon, meu estatístico, pela disponibilidade, contribuições, correções e discussões nas diferentes etapas deste trabalho.

A todos (as) os (as) professores e servidores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, pelo compromisso com a instituição e ajuda constante aos discentes.

Aos queridos amigos do doutorado, em especial Chrystiany Plácido e Fernando Guedes, por terem dividido as alegrias, as tristezas, as angústias, os esforços, os tropeços e os sucessos nessa caminhada. Mas, sobretudo, porque vocês souberam me ouvir, incentivar e ajudar na construção deste trabalho.

Aos amigos, Andréia, Cristiano, Kheliane e Ruth, por dividirem as angústias e contribuírem de diferentes formas na construção deste trabalho.

Às amigas da Diretoria Regional de Saúde Leste/Sudeste, por torcerem por mim e acreditarem que tudo daria certo.

À minha mãe, Oneide, a quem devo a vida, meu porto seguro, verdadeira fonte de amor, presença diária em minha vida, obrigada por toda sua dedicação, seu incentivo e por sempre acreditar que eu iria ser vitoriosa nessa caminhada. Mãe o que tenho buscado ser é para te orgulhar!

Ao meu “pai torto”, Joaquim, Prof. Dr. desta instituição, por ter abraçado esse sonho, por todas as manhãs, tardes, domingos e feriados de estudo, pelas palavras certas nas horas certas e, principalmente, por me amar como verdadeira filha e cuidar com muito amor de nossa família.

Ao meu irmão, Bianor, amigo para toda a vida, a quem amo e muito me orgulha.

À minha cunhada, Cristina, que mesmo de longe torceu por esta conquista.

Aos meus sobrinhos, Maria Paula e Benício, alegrias da nossa família, brilho dos nossos olhos e diversão garantida.

À minha avó, Maria Raimunda, pela coragem, fibra, amor e dedicação, ensinando-me os caminhos do Senhor.

Ao meu príncipe, Henrique, me falta o ar para falar de ti: esposo dedicado, amigo, companheiro, paciente, amoroso, confiante, incentivador constante, meu fã número um e, se assim posso dizer, perfeito. Sua companhia tranquila e segura me ajuda a dar a real dimensão aos problemas. Para você eternamente todo o meu amor!

E a todos que de forma direta ou indireta tornaram possível a concretização desse sonho. A vocês, meu muito obrigada!

Tudo posso naquele que me fortalece.

Filipenses 4:13

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional configura-se como uma realidade crescente no Brasil, com predomínio de mulheres, sendo este fenômeno denominado de feminização da velhice. Soma-se a este o aparecimento de várias doenças crônicas, dentre elas a depressão e sua sintomatologia. **Objetivo:** Analisar a prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em mulheres idosas assistidas na Atenção Básica, na perspectiva do curso de vida. **Método:** Estudo do tipo método misto explanatório sequencial, desenvolvido com 206 idosas. A coleta de dados ocorreu de dezembro/2015 a março/2016, por meio da aplicação do Mini Exame do Estado Mental; formulário de dados sociodemográficos e de condições de saúde; Escala de Depressão Geriátrica e um roteiro de entrevista com questões abertas sobre o desencadeamento dos sintomas depressivos em mulheres idosas. Na fase quantitativa, os dados foram dispostos para análise mediante a utilização do *software Statistical Package for the Social Science*, versão 20.0. Foram realizadas análises univariadas, por meio de estatísticas descritivas simples. Na estatística inferencial, foram aplicados testes de hipóteses bivariado (Qui-quadrado e Correlação de Spearman) e multivariado (Regressão logística múltipla - *Odds ratio* ajustado). O nível de significância foi fixado em $p \leq 0,05$. Na fase qualitativa, utilizou-se a técnica de análise temática. **Resultados:** A prevalência de sintomas depressivos em idosas foi de 16,0%, sendo 14,1% leve ou moderado e 1,9% grave. Na análise bivariada, observou-se associação estatisticamente significativa entre a presença de sintomas depressivos e as variáveis: organização familiar na moradia, comparação da condição econômica com outras pessoas que tenham a mesma idade e tempo de aposentada. No modelo multivariado, permaneceu associada a variável comparação da condição econômica com outras pessoas que tenham a mesma idade, além da cor da pele. Formularam-se três categorias temáticas que apontaram como desencadeadores de sintomas depressivos em idosas: sentimentos de abandono, solidão e desprezo; perdas de filhos e problemas com descendentes; e a presença de doenças. Tendo por base os resultados do presente estudo, houve, além do apoio da fase qualitativa à quantitativa, a indispensável complementariedade entre as mesmas. **Conclusão:** Reitera-se a importância da criação e implementação de programas de inclusão da mulher idosa em movimentos socioculturais e de lazer; implantação do rastreamento de sintomas depressivos na rotina da assistência na Atenção Básica; e qualificação dos profissionais de saúde, em especial do enfermeiro, para o desenvolvimento de um cuidado fundamentado no conhecimento integral do processo de envelhecimento humano.

Palavras-chave: Envelhecimento. Mulheres. Sintomas Depressivos. Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Population aging constitutes a growing reality in Brazil, predominantly among women, and such phenomenon is called feminization of old age. Additionally, there is the appearance of several chronic diseases, including depression and its symptoms. **Objective:** To assess the prevalence of symptoms of depression and associated factors in elderly women assisted in Primary Care, in the life course perspective. **Method:** This is a study of the mixed method sequential explanatory type conducted with 206 elderly women. Data collection took place from December 2015 to March 2016 through the application of the Mini-Mental State Examination; Form with sociodemographic data and health conditions; Geriatric Depression Scale; and an interview script with open questions about the onset of depressive symptoms in older women. In the quantitative phase, data were prepared for analysis through the software Statistical Package for the Social Sciences, version 20.0. Univariate analyzes occurred using simple descriptive statistics. In inferential statistics, bivariate (Chi-square test and Spearman correlation) and multivariate hypothesis tests (Multiple logistic regression – Adjusted odds ratio) were applied. The significance level was set at $p \leq 0.05$. In the qualitative phase, the thematic analysis was used. **Results:** The prevalence of symptoms of depression in elderly women was 16.0%, of which 14.1% mild or moderate and 1.9% severe. In bivariate analysis, statistically significant association was observed between the presence of depressive symptoms and the variables: family organization at home, comparing the economic condition with others of the same age, and retirement time. In the multivariate model, the significant association with the variable comparing the economic condition with others of the same age remained, as well as with skin color. Three thematic categories were identified, which indicated as triggers of depressive symptoms in elderly women: feelings of abandonment, loneliness and contempt; loss of children and problems with descendants; and the presence of diseases. Based on the study results, in addition to the support of the qualitative phase to the quantitative, there was the imperative complementarity between them. **Conclusion:** We reiterate the importance of creating and implementing inclusion programs for elderly women in socio-cultural and leisure activities; implementing screening for depression symptoms in routine assistance in Primary Care; and training health professionals, especially nurses, to develop a care based on the full knowledge of the human aging process.

Keywords: Aging. Women. Depressive Symptoms. Nursing.

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento poblacional se configura como una realidad que crece en el Brasil, con predominio de mujeres, este fenómeno es denominado de feminización de la vejez. Sumado a esto la aparición de enfermedades crónicas, incluyendo la depresión y sus síntomas. **Objetivo:** Evaluar la prevalencia de síntomas depresivos y factores asociados en mujeres ancianas asistidas en Atención Primaria, bajo la perspectiva del curso de vida. **Método:** Estudio del método mixto de tipo explicativo secuencial, desarrollado con 206 ancianas. Datos recolectados a partir de diciembre/2015 a marzo/2016, a través de la aplicación del Mini Examen del Estado Mental; datos del formulario condiciones sociodemográficas y de salud; Escala de Depresión Geriátrica y guión de entrevista con preguntas abiertas acerca de la aparición de los síntomas depresivos en mujeres ancianas. En la fase cuantitativa, los datos fueron sometidos a análisis estadística de software *Statistical Package for the Social Science*, versión 20.0. Se realizaron análisis univariadas utilizándose estadísticas descriptivas simples. En la estadística inferencial, pruebas de hipótesis se aplicaron dos variables (correlación chi-cuadrado y de Spearman) y multivariante (regresión logística múltiple - Odds ratio ajustado). El nivel de significación se fijó en $p \leq 0,05$. En la fase cualitativa, se utilizó el análisis temático. **Resultados:** La prevalencia de síntomas depresivos en ancianas fue del 16,0% y 14,1% leve o moderada y 1,9% grave. En el análisis bivariante, se observó asociación estadísticamente significativa entre la presencia de síntomas depresivos y las variables: organización familiar en la vivienda, comparó la situación económica con otros que tienen la misma edad y tiempo de jubilación. En el modelo multivariado, se mantuvo asociado con la variable comparación de la situación económica con otros que tienen la misma edad, así como el color de la piel. Formulado tres categorías temáticas que se indican como factores desencadenantes de los síntomas depresivos en las ancianas: sentimientos de abandono, soledad y desprecio; pérdida de niños y problemas con los descendientes; y presencia de enfermedades. Sobre la base de los resultados de este estudio, no hubo, además del apoyo cualitativo de fase cuantitativa, la complementariedad necesaria entre ellos. **Conclusión:** Reiterase la importancia de la creación e implementación de programas de inclusión de la mujer anciana en movimientos socio-culturales y de ocio; aplicación de la detección de síntomas depresivos en la atención de rutina en la atención primaria; y formación de profesionales de la salud, sobre todo enfermeros, para desarrollar atención basada en el pleno conocimiento del proceso de envejecimiento humano.

Palabras clave: Envejecimiento. Mujeres. Síntomas Depresivos. Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 Distribuição da população idosa por Diretorias Regionais de Saúde de Teresina e amostra	49
Quadro 2 Distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) por Diretorias Regionais de Saúde de Teresina	49
Quadro 3 Distribuição proporcional da amostra por Unidade Básica de Saúde/DRS	49
Figura 1 Esquema representativo do procedimento de coleta e análise dos dados da pesquisa	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Caracterização sociodemográfica da amostra estudada	60
Tabela 2 Caracterização socioeconômica e condições de saúde da amostra estudada	61
Tabela 3 Distribuição percentual de morbidades e uso de medicamentos na população do estudo	63
Tabela 4 Prevalência de sintomas depressivos na amostra do estudo	63
Tabela 5 Associação dos sintomas depressivos com as variáveis sociodemográficas e condições de saúde das mulheres idosas	64
Tabela 6 Análise de correlação entre a EDG e as variáveis independentes numéricas do estudo	65
Tabela 7 Regressão Logística dos sintomas depressivos com dados socioeconômicos e condições de saúde de mulheres idosas	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CEVI	Centro de Referência e Enfretamento à Violência contra a Pessoa Idosa
CS	Centro de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DRS	Diretorias Regionais de Saúde
EDG	Escala de Depressão Geriátrica
EDG-15	Escala De Depressão Geriátrica – Versão Reduzida
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
HA	Hipertensão Arterial
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
ILP	Instituições de Longa Permanência
IMC	Índice de Massa Corporal
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MS	Ministério da Saúde
NEPEM	Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Mulher e Relações de Gênero
NUPEGG	Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Geriátrica e Gerontológica
NUPEUTI	Núcleo de Pesquisa e Extensão Universitária para a Terceira Idade
NUTI	Núcleo de Atividades da Terceira Idade
OMS	Organização Mundial de Saúde
PB	Paraíba
PI	Piauí
PIB	Produto Interno Bruno

PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PTIA	Programa Terceira Idade em Ação
RS	Rio Grande do Sul
SASC	Secretaria Estadual de Assistência Social e Cidadania
SEMTCAS	Secretaria Municipal do Trabalho, Cidadania e de Assistência Social
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SM	Salário Mínimo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UESPI	Universidade Estadual do Piauí
UFPI	Universidade Federal do Piauí
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO	18
1.1 Hipótese do estudo	22
1.2 Objetivos do estudo	22
1.2.1 Geral.....	22
1.2.2 Específicos	22
1.3 Justificativa e relevância do estudo	22
2 BASES CONCEITUAIS E TEMÁTICAS	25
2.1 Envelhecimento populacional: aspectos conceituais e epidemiológicos	25
2.2 Políticas públicas de atenção à população idosa	29
2.3 Feminização da velhice e a interface com a depressão	32
2.4 Envelhecimento na perspectiva do Curso de Vida	40
3 MÉTODO	47
3.1 Tipo de estudo	47
3.2 Local do estudo	47
3.3 Participantes do estudo	48
3.3.1 Abordagem quantitativa.....	48
3.3.2 Abordagem qualitativa.....	50
3.4 Critérios de inclusão e exclusão	51
3.5 Variáveis do estudo	51
3.6 Instrumentos para coleta dos dados	52
3.7 Procedimentos para coleta dos dados	54
3.7.1 Dados quantitativos	55
3.7.2 Dados qualitativos	55
3.8 Análise dos dados	56
3.8.1 Dados quantitativos	56
3.8.2 Dados qualitativos	57
3.9 Aspectos éticos e legais	57
4 RESULTADOS	59
4.1 Apresentação dos dados relativos à fase quantitativa	59
4.1.1 Caracterização sociodemográfica e condições de saúde da amostra estudada	59
4.1.2 Prevalência e fatores associados aos sintomas depressivos na amostra estudada	63
4.2 Apresentação dos dados relativos à fase qualitativa	66
5 DISCUSSÃO	68
5.1 Discussão dos dados relativos à fase quantitativa	68
5.1.1 Caracterização sociodemográfica e condições de saúde da amostra estudada	68
5.1.2 Prevalência e fatores associados aos sintomas depressivos na amostra estudada	77
5.2 Discussão dos dados relativos à fase qualitativa	86

5.2.1 Abandono, solidão e desprezo: desencadeadores de sintomas depressivos em mulheres idosas	86
5.2.2 Perdas e preocupações familiares: desencadeadores de sintomas depressivos em mulheres idosas	93
5.2.3 Doenças: desencadeadores de sintomas depressivos em mulheres idosas	100
5.3 Síntese das análises quantitativa e qualitativa.....	107
6 CONCLUSÕES	111
REFERÊNCIAS.....	114
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA	125
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	126
ANEXO A – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL.....	129
ANEXO B – FORMULÁRIO.....	130
ANEXO C - ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA – VERSÃO REDUZIDA	134
ANEXO D – AUTORIZAÇÃO DO NÚCLEO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM GERIÁTRICA E GERONTOLÓGICA.....	135
ANEXO E – AUTORIZAÇÃO DO NÚCLEO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM GERIÁTRICA E GERONTOLÓGICA – NUPEGG PARA EXCLUSÃO E ADAPTAÇÃO DO FORMULÁRIO.....	136
ANEXO F – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ	137

APRESENTAÇÃO

Este estudo, que tem como título “Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em mulheres idosas assistidas na Atenção Básica, na perspectiva do curso de vida”, representa a continuação de outras investigações sobre a problemática do envelhecimento, desenvolvidas ao longo de minha trajetória que teve início na graduação em Enfermagem, há dez anos, ao realizar o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Naquela época, investiguei a percepção da sexualidade por mulheres na fase do climatério assistidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF), no município de Teresina, capital do Estado do Piauí.

Ao iniciar a vida profissional, como enfermeira assistencial, inserida na ESF de União, município localizado a 65 km da capital, foi possível atender a diferentes grupos de mulheres, emergindo a curiosidade de desenvolver estudos relacionados a este segmento populacional, sobretudo com idosas. Após, um ano e meio de trabalho, passei em um concurso público, para o cargo de enfermeira da ESF, do município de Teresina, condição que me permitiu idealizar a elaboração de projetos que deram continuidade à pesquisa iniciada na graduação.

“A percepção da mulher idosa sobre sua sexualidade: uma contribuição para a Enfermagem”, constituiu-se no meu projeto de pesquisa desenvolvido durante o Mestrado em Enfermagem, que teve início em março de 2008. Desta forma, sob orientação da Profa. Dra. Maria do Livramento Fortes Figueiredo, continuei avançando meus estudos, com intuito de dar seguimento ao que iniciei na graduação. A conclusão deste trabalho permitiu a observação de que as mulheres passam por diversas transformações biopsicossociais, motivando-as a buscar assistência à saúde em diferentes aspectos, suprimindo, muitas vezes, o foco das queixas relacionadas à sua sexualidade e terminando por não receber assistência apropriada.

Após o Mestrado, atuei como docente do curso de graduação em Enfermagem de um Centro Universitário da rede privada, em Teresina, em que ministrava aulas teóricas, práticas e supervisionava os discentes em Unidades Básicas de Saúde (UBS), conciliando essa atividade com aquelas que exercia enquanto Supervisora Técnica da ESF e continuei participando do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Mulher e Relações de Gênero (NEPEM) que tem como líder a Profa. Dra. Maria do Livramento Fortes Figueiredo.

A atuação no NEPEM possibilitou o desenvolvimento e publicações de diversas pesquisas com o segmento populacional de idosos, quais sejam: A dupla face da velhice: o olhar de idosos sobre o processo de envelhecimento; O significado da sexualidade para o idoso assistido pela ESF; O significado da velhice para a mulher idosa; Regime terapêutico inadequado em idosos acamados no domicílio; Cuidador de idoso: conhecimento disponível na base de dados LILACS; e Diagnósticos de enfermagem do idoso acamado no domicílio, dentre outras.

Em 2013, fui aprovada no concurso público federal para docente, em regime de dedicação exclusiva, na Universidade Federal do Piauí (UFPI), em que continuei desenvolvendo atividades teóricas e práticas na disciplina Saúde da Mulher, além de supervisionar os discentes na disciplina Curricular I na ESF.

No desempenho de minhas atividades como enfermeira na ESF e docente, observei que a grande demanda assistencial nas UBS é constituída por mulheres, destacando-se as idosas, que buscam assistência de enfermagem, apresentando quadros inespecíficos de queixas, como tristeza, cansaço, fadiga, mal-estar, falta de ânimo, mesclando sintomas de depressão com quadro clínico de outras enfermidades próprias do processo de envelhecimento, além da sensação de abandono.

Considerando o crescimento da população idosa, bem como a feminização da velhice, evidenciam-se novos modos de cuidar com práticas educativas e integrais que permitam investigar não somente sinais e sintomas de doenças crônico-degenerativas. Para tanto, a ESF põe a equipe e, principalmente, o enfermeiro, em uma nova posição de escuta, observação e orientação, na qual se identifica a importância de aspectos subjetivos e vitais para saúde da mulher idosa que, de modo geral, são negligenciados e até negados.

Esses aspectos, associados a relatos de literatura consultada, além dos trabalhos realizados pelo núcleo de pesquisa do qual participo, motivaram o meu interesse para elaboração deste estudo.

1 INTRODUÇÃO

O aumento na expectativa de vida, associado à melhoria nas condições de saúde, tem resultado na crescente e contínua elevação da população idosa na maioria das sociedades. Projeções indicam que, em 2050, existirão cerca de dois bilhões de idosos no mundo, sendo que grande parte destes estarão vivendo em países em desenvolvimento (BRASIL, 2007).

Esse fenômeno mundial teve início, a princípio, nos países desenvolvidos e industrializados, no final da década de 1940 e início dos anos de 1950, em decorrência da urbanização adequada das cidades, dos avanços tecnológicos, das melhorias nas condições de vida em geral, resultando em diminuição da mortalidade e, conseqüente, mudança na estrutura familiar (MORAES, 2012).

Embora o envelhecimento seja um fenômeno universal, é diversificado, pois se observa expectativa de vida maior na América do Norte, Europa e Japão. Em contrapartida, o número absoluto de adultos mais velhos fica concentrado nos países em desenvolvimento, incluindo Índia, China, e no Sul das Nações Americanas (PASKULIN *et al.*, 2011).

O envelhecimento populacional no Brasil é um fenômeno resultante dos avanços tecnológicos em saúde, especialmente, da redução da mortalidade infantil, diminuição da fecundidade, em decorrência da introdução dos métodos contraceptivos, ampliação da cobertura vacinal, do uso de antibióticos e quimioterápicos que tornaram possível a prevenção e cura de muitas doenças (MENDES *et al.*, 2005). Essa realidade apresenta-se, no Brasil, com contingente de 20.590.599 pessoas idosas, o que corresponde a 10,8% da população do país (IBGE, 2010).

Embora a velhice seja um processo universal, sua vivência apresenta grande diferenciação por gênero, principalmente, por existir número maior de mulheres idosas, na medida em que o envelhecimento aumenta. Esse fenômeno é descrito pela maioria das publicações sobre o tema, como a feminização da velhice.

Os dados estatísticos nacionais evidenciam que as mulheres representam 55,5% da população idosa. No Piauí, essa realidade não é diferente, sendo 178.484 (53,8%) mulheres para 153.393 (46,2%) homens. Em Teresina, esses dados acompanham as projeções demográficas nacional e estadual, pois a população

feminina com 60 anos e mais é de 40.543 (58,6%) habitantes e os homens totalizam 28.579 (41,7%) (IBGE, 2010).

Epidemiologicamente, as mulheres idosas apresentam características importantes que as tornam mais vulneráveis na velhice, entre elas: maior propensão a doenças e problemas relacionados ao processo de adaptação às mudanças fisiológicas decorrentes da idade. Tais condições podem ser agravadas pela pobreza, gestações múltiplas, desgaste físico e psicológico das árduas jornadas de trabalho, falta de atividade física, além da subordinação social e econômica frente à figura masculina (WHO, 2009; LEHN *et al.*, 2012).

De acordo com Cavalheiro (2008), as principais causas de morbimortalidade na velhice que afetam desproporcionalmente o sexo feminino são as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias malignas, as patologias mal definidas, as endócrinas e do metabolismo. São acrescentadas a estas as enfermidades respiratórias, o aparecimento de doenças osteoarticulares, como por exemplo, osteoporose, artrose e artrite reumatoide, além dos distúrbios psiquiátricos, em destaque a depressão, que atinge níveis mais elevados em mulheres do que em homens.

As estatísticas mundiais apontam evidências relativas à saúde da mulher, que registram maior suscetibilidade à depressão, atribuindo-lhe a ocorrência de um grande episódio depressivo a cada ano, em um total estimado de 73 milhões de mulheres em todo o mundo (WHO, 2009).

Na década de 1990, a depressão foi considerada a quarta maior causa de incapacidade no mundo. As projeções para o ano de 2020 estimam que se torne a segunda maior causa nos países desenvolvidos e a primeira nos países em desenvolvimento, configurando-se relevante problema a ser investigado para possibilitar diagnóstico e tratamento mais precoces, potencializando melhor prognóstico (BRASIL, 2007).

A depressão é uma síndrome psiquiátrica que abrange sintomas psicológicos, comportamentais e físicos, caracterizada, principalmente, por humor deprimido e vem acometendo milhares de pessoas em todo o mundo, sendo considerada o mal do século XXI. Saliencia-se que o humor é uma função indispensável para a preservação da autonomia do indivíduo, sendo essencial para a realização das atividades de vida diária (MORAES, 2012).

Diversos estudos nacionais evidenciaram índices elevados da presença de sintomas depressivos na população idosa, em destaque no sexo feminino, especialmente no âmbito da comunidade assistida na Atenção Básica (MACIEL; GUERRA, 2006; FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, 2010; MORAES, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2012; BORGES *et al.*, 2013; FERREIRA; TAVARES, 2013; BRETANHA *et al.*, 2015).

Os sintomas depressivos, nesse grupo populacional, muitas vezes, são confundidos com os momentos de tristeza, de mau humor ou quando o indivíduo se encontra abatido. Entretanto, a depressão possui representatividade maior, pois se caracteriza como um estado frequente e prolongado de sintomas de desconforto psicológico e físico, sendo relatado que, em mulheres, ocorre duas vezes mais que em homens (ARANTES; STEFANELLI; FUKUDA, 2008).

A depressão é caracterizada, ainda, por um conjunto de sinais e sintomas persistentes, como distúrbios do sono, sentimentos de tristeza intensa, solidão, desânimo e desesperança que tomam conta da vida da pessoa, prejudicando trabalho, relações sociais e saúde, comprometendo, ainda, o desempenho habitual e a qualidade de vida (SADOCK; SADOCK, 2007).

De acordo com Resende *et al.* (2011), a depressão é uma doença e não uma manifestação natural do processo de envelhecimento, portanto, necessita de diagnóstico precoce e tratamento adequado. Esses autores acrescentam que 40% dos casos de depressão na velhice não são reconhecidos. Isto ocorre, principalmente, devido às características clínicas heterogêneas e peculiares desta doença na população idosa, o que diminui a adesão aos processos terapêuticos. Além disso, apresentam tendência a um crescente isolamento, negligências no autocuidado, potencializando maior risco de suicídio.

Ressalta-se que as mulheres buscam mais assistência médica e de enfermagem que os homens, comparecendo com maior frequência ao serviço de saúde, o que lhes possibilita diagnóstico precoce, intervenção adequada, bem como melhor prognóstico. Esse comportamento, entre outros elementos, permite-lhes um período de vida mais longo, comparando a situação com a do sexo masculino (SILVA; FERREIRA-ALVES, 2012).

Alguns autores justificam a maior presença de sintomas depressivos em mulheres idosas, devido à maior longevidade destas, além do fato de vivenciarem diferentes marcos psicossociais ao longo da vida, dentre eles: perda do cônjuge e de

filhos, término de relações conjugais, acrescidas de maior exposição a doenças crônicas, dificuldades financeiras, falta de apoio familiar e social, o que provoca sentimentos de tristeza, dor, sofrimento e isolamento social (MONTEIRO, 2010; RESENDE *et al.*, 2011; BORGES *et al.*, 2013).

Estes aspectos contribuem para maior vulnerabilidade de idosos aos transtornos mentais, assim como ocorrência elevada de sintomas depressivos em mulheres idosas, especialmente, na Atenção Básica, mostrando-se imperativa a realização de investigações científicas que evidenciem a prevalência desta morbidade para a promoção da saúde, com vistas a possibilitar não somente anos adicionais à vida, mas vida com qualidade aos anos.

A depressão geriátrica não é frequentemente diagnosticada, nem tão pouco tratada, gerando consequências graves, incluindo sofrimento de pacientes e cuidadores, configurando-se como um problema de saúde pública (PINHO; CUSTÓDIO; MAKDISSE, 2009). Esses autores reforçam a necessidade de ampliar as investigações sobre esta problemática em nosso país.

Estudo realizado com idosos residentes no nordeste do Brasil pôs em evidência a necessidade de conhecimento sobre a depressão, sintomatologia e fatores a ela associados como base para o planejamento das ações a serem desenvolvidas por profissionais da saúde, objetivando diminuir as internações hospitalares e o uso de medicamentos, melhorar a condição funcional do paciente e reduzir os gastos sanitários (MACIEL; GUERRA, 2006).

Considera-se fundamental que os profissionais de saúde da Atenção Básica, em especial, os enfermeiros, aprimorem, cada vez mais, conhecimentos sobre a manifestação de sintomas depressivos em mulheres idosas. Assim, o rastreio populacional poderia ser feito por estes profissionais através da utilização de escalas específicas, uma vez que muitas mulheres idosas buscam assistência, apresentando quadros inespecíficos de queixas, como cansaço, fadiga, mal-estar, falta de ânimo ou ainda, mesclando sintomas de depressão com quadro clínico de outras doenças (FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, 2010; SUASSUNA *et al.*, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2012; FERREIRA; TAVARES, 2013).

Diante da realidade apresentada, delimitou-se como objeto deste estudo: prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em mulheres idosas assistidas na Atenção Básica, na perspectiva do curso de vida. Propuseram-se como questionamentos para nortear esta pesquisa: qual a prevalência de sintomas

depressivos em mulheres idosas assistidas na Atenção Básica? Quais os fatores associados aos sintomas depressivos em mulheres idosas assistidas na Atenção Básica? Como ocorre o desencadeamento dos sintomas depressivos em mulheres idosas assistidas na Atenção Básica, na perspectiva do curso de vida?

1.1 Hipótese do estudo

Os sintomas depressivos no curso de vida de mulheres idosas assistidas na Atenção Básica do município de Teresina-PI são associados a fatores sociodemográficos e condições de saúde.

1.2 Objetivos do estudo

1.2.1 Geral

Analisar a prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em mulheres idosas assistidas na Atenção Básica, na perspectiva do curso de vida.

1.2.2 Específicos

Estimar a prevalência de sintomas depressivos em mulheres idosas assistidas na Atenção Básica do município de Teresina-PI;

Investigar a associação entre os sintomas depressivos e as variáveis sociodemográficas e condições de saúde em mulheres idosas assistidas na Atenção Básica do município de Teresina-PI;

Compreender o desencadeamento dos sintomas depressivos em mulheres idosas assistidas na Atenção Básica do município de Teresina-PI, na perspectiva do curso de vida.

1.3 Justificativa e relevância do estudo

Investigar a existência de fatores associados aos sintomas depressivos, em mulheres idosas assistidas na Atenção Básica, do município de Teresina-PI, mostra-se importante, em razão de terem sido evidenciados na literatura consultada

elevados índices de prevalência de depressão nesse grupo populacional. Esta doença que tem sido considerada decorrência natural do processo de envelhecimento e, por isso mesmo, negligenciada, pode gerar severos e irreparáveis danos à qualidade de vida da mulher idosa e de familiares, resultando, também, nas internações mais frequentes, elevação dos custos dos serviços hospitalares, mais gastos com terapêuticas medicamentosas, além de maior risco de suicídio.

Essa problemática, também, foi experienciada pela vivência da pesquisadora no cuidado à mulher idosa na ESF. Nesse cenário, a observância empírica identificou considerável número de idosas que buscam assistência por apresentarem sintomas depressivos, como baixa autoestima, solidão, tristeza, insônia, anedonia, porém quase sempre retornam aos domicílios sem abordagem terapêutica específica e individualizada para tal problema.

Após buscas para construção do estado da arte acerca desta temática, identificou-se reduzido número de produções científicas na literatura e nas bases de dados consultadas, além da fragmentação das mesmas com relação a este enfoque temático como elemento fundamental para eficiência do cuidado integral que se pretende desenvolver para uma clientela de mulheres idosas. Em relação ao Estado do Piauí, em especial no município de Teresina, constatou-se lacuna nas investigações em saúde relativas à problemática da presença de sintomas depressivos em mulheres idosas, não sendo identificadas em Dissertações e ou Teses de Doutorado, nos Programas de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Enfermagem e Políticas Públicas da UFPI.

Mediante tal constatação, o estudo ora proposto para Tese de Doutorado mostrou-se relevante e inédito, apresentando contribuições valiosas pela produção de dados referentes à prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em mulheres idosas assistidas na Atenção Básica do município de Teresina-PI, na perspectiva do curso de vida.

O conhecimento produzido nesse estudo poderá auxiliar gestores e profissionais da saúde, em especial, o enfermeiro, no planejamento e na implementação de ações no cuidado em saúde mental da pessoa idosa na Atenção Básica, com vistas à promoção da saúde e identificação precoce de sintomas depressivos. Além destas contribuições assistenciais, acredita-se que os achados desta Tese serão aplicáveis na formação de recursos humanos na área da saúde,

em especial, na graduação em Enfermagem e nos Programas de Pós-graduação, bem como poderão servir de base para futuras pesquisas congêneres.

2 BASES CONCEITUAIS E TEMÁTICAS

2.1 Envelhecimento populacional: aspectos conceituais e epidemiológicos

Envelhecer é um processo natural, sequencial, cumulativo, irreversível, universal, não patológico, que tem início com o nascimento e continua por toda a vida. Este processo acomete cada ser humano com sobrevivência prolongada e o torna menos capaz de reagir frente ao estresse do cotidiano, provocando, ainda, alterações nos aspectos culturais e sociais (MENDES *et al.*, 2005; LYRA; JESUS, 2007; BRASIL, 2007).

O aumento do seguimento populacional envelhecido configura-se como um processo mundial, que do ponto de vista das políticas de saúde públicas e sociais constitui-se uma das maiores vitórias da humanidade no último século, pois o prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade. As projeções apontam que até o ano de 2050 deverá existir cerca de dois bilhões de idosos no mundo (VERAS, 2009; BRASIL, 2007).

Apesar dessa constatação, existem diferenças importantes relativas à ocorrência deste fenômeno nos países desenvolvidos e naqueles em desenvolvimento. Enquanto nos primeiros, o envelhecimento ocorreu de forma gradual e associado a melhorias nas condições gerais de vida, portanto de forma planejada, nos demais, ocorreu de forma desordenada, sem planejamento social adequado para atendimento às novas demandas desse grupo populacional (BRASIL, 2007; SOUSA; BRANCA, 2011).

Essas diferenças têm reflexos não apenas no planejamento de programas sociais e de prestação de cuidados de saúde, como também no próprio conceito do idoso. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera idosa a pessoa com 60 anos ou mais de idade nos países em desenvolvimento; enquanto nos países desenvolvidos, as pessoas a partir de 65 anos de idade, destacando que é a faixa etária que mais cresce em todo o mundo (BRASIL, 1999).

Salienta-se que, apesar de ser dos menos precisos, o critério cronológico é um dos mais utilizados para conceituar, delimitar e estabelecer o ser idoso. Seja para determinar a população de um estudo ou analisar epidemiologicamente ou mesmo com propósitos administrativo e legal para elaboração de políticas públicas

que estabeleçam planejamento e oferta de serviços a esta população, este critério é o mais utilizado (SANTOS, 2010).

Como exemplo de país desenvolvido, cita-se o Canadá que tem experimentado aumento progressivo da população de idosos, fato este acompanhado de modo cuidadoso por melhorias das condições socioeconômicas da população. O processo de envelhecimento canadense é um pouco mais longo, porém aconteceu de forma gradativa, o que possibilitou que adultos e idosos pudessem manter as conquistas com relação aos aspectos básicos de vida que eles conseguiram durante os anos mais jovens (PASKULIN *et al.*, 2011).

Na década de 1920, cerca de 5% da população canadense tinha mais de 65 anos, enquanto que em 2008, ou seja, 88 anos depois, o percentual saltou para 13,8%. As projeções apontam que em 2050, 40% dos canadenses terão idade superior a 65 anos. Ressalta-se que esse país possui seguro de saúde socializado, no qual os cuidados de saúde são regidos pelos princípios de universalidade, portabilidade, acessibilidade, inclusão e administração pública, com foco nas ações preventivas, o que tem possibilitado envelhecimento ativo e saudável (PASKULIN *et al.*, 2011).

Em outras sociedades desenvolvidas, como a França, o aumento da população na terceira idade, de 7% para 14% no total, necessitou de mais de um século para ser observado, demonstrando que o envelhecimento ocorreu de forma lenta e progressiva (VERAS, 2012).

A Coreia, um dos países da Ásia, tem registrado rápido envelhecimento populacional, consequência dos declínios na fertilidade e aumento na expectativa de vida. A proporção de idosos com 60 anos ou mais foi de 7,2%, em 2000, e espera-se aumentar para 24,4%, em 2030 (SHIN *et al.*, 2012).

Na África Subsaariana, tem-se observado, também, o processo de transição demográfica. Este teve início por volta de 1950, quando as taxas de mortalidade começaram a declinar; em contrapartida, as taxas de fertilidade mantiveram-se relativamente estáveis, o que resultou em maior aceleração do crescimento populacional. As projeções apontam para o maior crescimento populacional de idosos que passará de 42,6 milhões, em 2010, para 160 milhões, no ano de 2050 (TELLES; BORGES, 2013).

Entretanto, essa região é a mais pobre do mundo, sendo o envelhecimento vivenciado em contexto de pobreza generalizada e profunda

restrição econômica. Associada a esses fatos, tem-se, ainda, a epidemia de HIV/Aids, escassez de recursos da atenção à saúde e péssimas condições gerais de vida, contribuindo para o decréscimo na expectativa de vida. O acesso ao diagnóstico, tratamento e ações de prevenção por parte da população idosa é precário, o que demonstra a necessidade de investimentos e políticas públicas que atendam às necessidades dessa população (TELLES; BORGES, 2013).

No Brasil, o crescimento da população idosa ocorreu de forma radical e bastante acelerada, pois passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e, 20 milhões, em 2010, aumento de quase 700%, em menos de 50 anos, o que representou profunda modificação da pirâmide etária. As projeções apontam para o ano de 2050 uma população de aproximadamente 63 milhões de brasileiros idosos. Neste ritmo, o país ocupará lugar de destaque no *ranking* dos países que aumentam mais rapidamente a quantidade de pessoas idosas (VERAS, 2009; BRASIL, 2010; CALHA; ARRIAGA; CORDEIRO, 2014).

O envelhecimento da população brasileira é um fenômeno predominantemente urbano, devido, principalmente, ao movimento migratório da década de 1960, a industrialização que levou ao maior acesso da população a bens e serviços de saúde, como vacinação, antibiótico terapia, quimioterápicos, planejamento familiar e uso de métodos contraceptivos. Desta forma, ocorreu elevação da expectativa de vida, simultaneamente, a uma diminuição da fecundidade, o que trouxe, como consequência, a redução da população jovem. Contribuíram, também, para o aumento da longevidade, a urbanização adequada das cidades, a boa alimentação e a prática regular de atividade física (BRASIL, 1999; MENDES *et al.*, 2005).

Estudo recente menciona que, no Brasil, as taxas de mortalidade continuam a decair e o envelhecimento populacional vem ocorrendo de forma acelerada, modificando a distribuição etária da população. No ano de 1999, constatou-se o número máximo de crianças com quase 70 milhões, verificando-se a diminuição desde então; por outro lado, o número de idosos vem progressivamente aumentando e as projeções apontam para os quantitativos destes superarem o total de crianças no ano de 2045 (MILLER; CASTANHEIRA, 2013).

O rápido crescimento populacional de idosos no Brasil, particularmente nos últimos 50 anos, não foi acompanhando pelo correspondente desenvolvimento socioeconômico e de melhorias no setor saúde. Como resultado, tem-se avolumado

o número de idosos que vivenciam o processo de envelhecimento em condições de desigualdades sociais e econômicas (PASKULIN *et al.*, 2011).

Essas modificações resultarão em curto espaço de tempo, em maiores pressões nos sistemas públicos de saúde, previdência e assistência social que necessitarão adequar-se para atender às novas demandas populacionais. Portanto, os gastos com o setor saúde aumentarão consideravelmente, tornando-se um dos principais desafios a serem enfrentados nas próximas décadas em nosso país (VERAS, 2012).

Esse cenário torna-se mais complexo em um contexto de acentuada desigualdade social, transporte deficitário, insegurança, pobreza, fragilidade das instituições de saúde, escassez de atividades de lazer, valores baixos de aposentadorias e pensões. Tais adversidades demandam programas específicos, mais recursos públicos para atendimento às necessidades e especificidades desse grupo populacional, habilidade, criatividade e incentivo ao profissional da saúde, o que pode melhorar a prevenção de doenças, a manutenção da capacidade funcional, o cuidado e a atenção integral desses idosos (VERAS, 2009).

Pode-se inferir que chegar à terceira idade com saúde depende não somente de indicadores genético-biológicos, como também do contexto social em que o idoso está inserido. Os fatores sobre os quais não se tem controle, a exemplo das doenças crônico-degenerativas, podem representar condições complexas e onerosas, a exigir a realização de exames periódicos, medicações contínuas e internações repetidas (FIGUEIREDO *et al.*, 2008; VERAS, 2009; SOUSA; BRANCA, 2011).

Para Ciosak *et al.* (2011) e Clares *et al.* (2011), a assistência à pessoa idosa deve pautar-se na manutenção da qualidade de vida, na prevenção e reabilitação do estado de saúde, considerando dificuldades e limitações próprias do processo de envelhecimento, como também as perdas vivenciadas ao longo da vida.

As mudanças demográficas e epidemiológicas vividas no Brasil, nas últimas décadas, exigem novas ações dos serviços de saúde, acarretando enormes desafios. As pessoas idosas procuram mais os serviços de saúde, passam por mais internações hospitalares e ocupam os leitos por mais tempo que os jovens e os adultos. Por isso, a necessidade de elaboração de políticas públicas específicas para o idoso, além do planejamento de ações efetivas para essa população, para que eles possam usufruir integralmente os anos proporcionados pelo avanço da

ciência, principalmente, considerando que as medidas preventivas são menos onerosas que as curativas (VERAS, 2009).

2.2 Políticas públicas de atenção à população idosa

O aumento da população idosa brasileira, ocorrido de forma mais significativa, nas últimas décadas, potencializando o surgimento de doenças crônico-degenerativas, tem justificado a necessidade de elaboração e implantação de diversas medidas legais de proteção ao idoso, buscando promover a saúde e a integração social das pessoas nessa faixa etária. Como consequência, surgiram, no âmbito nacional, propostas de políticas públicas, que alimentaram discussões entre governantes e sociedade. Neste contexto, foi entendido que o envelhecimento é um processo complexo e dinâmico e que estas políticas devem contribuir para que mais pessoas alcancem o envelhecimento de forma ativa e saudável (CIOSAK *et al.*, 2011; CLARES *et al.*, 2011).

A Política Nacional do Idoso (PNI), que teve como objetivo assegurar-lhes direitos sociais, foi instituída a partir do Decreto nº. 1.948, de 13 de julho de 1996. Através da mesma, ficaram estabelecidas competências entre órgãos e entidades públicas, de modo a proporcionar condições aos idosos para promover autonomia, integração e participação efetiva em todos os setores da sociedade (BRASIL, 1996).

Diante de diversas dificuldades de implantação da PNI e de outras demandas, surgiu a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) que fundamenta a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa e àquela em processo de envelhecimento. A PNSI estabelece como diretrizes essenciais para seu alcance a promoção do envelhecimento fisiológico, mediante adoção de hábitos saudáveis de vida; manutenção da capacidade funcional através da prevenção de agravos e detecção precoce de problemas de saúde; assistência adequada às necessidades de saúde do idoso, incluindo a ambulatorial, hospitalar, domiciliar e em hospitais-dia; reabilitação da capacidade funcional comprometida; capacitação de recursos humanos especializados; apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e auxílio a estudos e pesquisas na área de envelhecimento (BRASIL, 1999).

Com a finalidade de ampliar a resposta do Estado às questões relativas à pessoa idosa, além de responder à sociedade as necessidades deste grupo populacional, em 2003, o Congresso Brasileiro aprovou o Estatuto do Idoso.

Entretanto, este instrumento não trouxe meios de financiamento das ações anteriormente propostas (BRASIL, 2006).

Na perspectiva de atender às demandas crescentes dos idosos, surgiu a necessidade de atualizar a política vigente de proteção ao mesmo, sendo criada e implantada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), por meio da portaria nº 2. 528, de 19 de outubro de 2006, que tem como finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e independência dos idosos. Constam, também, como uma de suas justificativas, as questões de gênero presentes no processo de envelhecimento brasileiro, devido à expressiva quantidade de mulheres idosas (BRASIL, 2006).

A PNSPI estabelece novas diretrizes, quais sejam: promoção do envelhecimento ativo e saudável, atenção integral ao idoso, estímulo às ações intersetoriais, provimento de recursos humanos e financeiros, incentivo ao controle social, formação e educação permanente dos profissionais da saúde na área de saúde da pessoa idosa, divulgação da PNSPI, promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde do idoso, além do incentivo a estudos e pesquisas que abordem a temática do envelhecimento (BRASIL, 2006).

Observa-se que as diretrizes dessas políticas incorporam o que é preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no qual o atendimento à pessoa idosa deve ser integral e humanizado, dentro de uma visão que abrange a universalização da atenção à saúde e a equidade na prestação da assistência, além do princípio da participação popular e do controle social, colocando o idoso como protagonista da sua própria vida.

No âmbito do SUS, surge a Atenção Básica (AB) que se configura como porta de entrada do usuário ao serviço de saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de cunho individual e coletivo, que abrange desde a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, recuperação, reabilitação, redução de danos e manutenção do bem-estar, objetivando a integralidade da assistência, bem como a autonomia do sujeito, da família e comunidade (BRASIL, 2011).

Como forma de organizar e viabilizar a AB, criou-se a ESF, objetivando garantir a oferta de serviços à população brasileira e o fortalecimento dos princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade e equidade do SUS. Além disso, a ESF é decorrente da necessidade de mudanças no modelo hospitalocêntrico,

curativista e excludente, o qual não atendia às necessidades de saúde da sociedade brasileira (BRASIL, 2011).

À luz desse contexto, deve-se ressaltar que a ESF destaca o sujeito em sua singularidade, ou seja, trabalha o indivíduo como foco de atenção e necessidade, considerando o ambiente em que vive. Além disso, a assistência é dirigida à população de território definido, intitulado como área, devendo resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância de sua abrangência. Acrescenta-se que o trabalho é desenvolvido em equipe, sendo esta composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (SANTOS; RIBEIRO, 2010; BRASIL, 2011).

No estado do Piauí, algumas iniciativas vêm sendo implementadas, como por exemplo a Lei nº. 5. 244, de 13 de junho de 2002, que dispõe sobre a Política Estadual do Idoso, tendo por objetivo assegurar direitos sociais, criando condições para promover autonomia, integração e participação. Para isso, têm como órgãos funcionais o Conselho Estadual dos Direitos do Idoso, a Delegacia Especial do Idoso, Núcleo de Defensoria Pública do Idoso e Núcleo de Defesa do Idoso Vítima de Violência (PIAUI, 2002).

A Lei nº. 5. 479, de 10 de agosto de 2005, denominada Dra. Aglair Alencar Setubal, altera alguns dispositivos da lei anterior, no que se refere à composição do Conselho Estadual de Direitos do Idoso; discute as competências relacionadas aos setores formais de Assistência Social, Habitação e Urbanismo, além de criar o Fundo Estadual do Idoso. Destaca-se que o Conselho é definido como órgão colegiado, deliberativo e integrante da estrutura básica da Secretaria Estadual de Assistência Social e Cidadania (SASC) e deverá ser composto por igual número de representantes de entidades governamentais e de organizações representativas da sociedade civil ligadas à área (PIAUI, 2005).

O Estado do Piauí conta, ainda, com o Centro de Referência e Enfretamento à Violência contra a Pessoa Idosa (CEVI), destinado a receber denúncias de ações contra o idoso e funciona como órgão conciliador e de resgate dos vínculos familiares. Neste local, funciona também o Disque Idoso, linha telefônica gratuita, através da qual a população pode denunciar qualquer tipo de maus-tratos e violências dirigidos à pessoa idosa.

Na perspectiva do desenvolvimento socioeducativo dos idosos, a Universidade Federal do Piauí (UFPI) foi a pioneira, em 1998, na criação de um

Núcleo de Pesquisa e Extensão Universitária para a Terceira Idade (NUPEUTI) e a implantação do Programa Terceira Idade em Ação (PTIA) (FIGUEIREDO, 2005). Com objetivo de ampliar o acesso para maior número de idosos, a Universidade Estadual do Piauí (UESPI) também instalou, em 2003, o Núcleo de Atividades da Terceira Idade (NUTI).

A capital do Piauí, Teresina, conta com assistência ofertada por 258 equipes da ESF, distribuídas tanto na zona urbana quanto na rural, com estimativa de cobertura de 92% da população (BRASIL, 2014). Ressalta-se que a ESF se configura como importante espaço de trabalho para o profissional enfermeiro no Brasil. A atuação desta vem sendo construída e fortalecida na prática adquirida em Saúde Pública, tendo como foco o sujeito, a família, a comunidade e ações desenvolvidas com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), algumas atividades são atribuições específicas do profissional enfermeiro que atua na ESF: realizar assistência integral aos indivíduos e famílias em todos os espaços e fases do desenvolvimento humano; planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS; supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e equipe de enfermagem. Em conformidade com as diretrizes da gestão municipal estabelecidas em protocolos ou outras normativas técnicas e observadas às disposições legais da profissão, o enfermeiro pode realizar consulta, solicitar exames complementares, prescrever medicamentos, participar do gerenciamento de insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS e realizar atividades programadas e espontâneas (BRASIL, 2011).

A Secretaria Municipal do Trabalho, Cidadania e de Assistência Social (SEMTCAS), buscando promover a socialização da pessoa idosa teresinense, coordena programas e projetos, dentre estes o Projeto dos Centros de Convivência, localizados nas diversas regiões da cidade, caracterizando-se como local onde são realizadas atividades terapêuticas, lúdicas e produtivas (FIGUEIREDO, 2005).

2.3 Feminização da velhice e a interface com a depressão

Envelhecer é aproximar-se dos indicadores socialmente atribuídos às mulheres, uma vez que o predomínio destas em relação aos homens contribui para

caracterizar a feminização da velhice. Deve ser posto em destaque que este fenômeno é reconhecido como de ocorrência mundial (MARREIROS *et al.*, 2012).

No Canadá, as mulheres vivem em média 10 anos a mais do que os homens. No ano 2008, estas representavam 52% das pessoas na faixa etária de 65 a 69 anos e 75% daquelas com idade superior a 90 anos (PASKULIN *et al.*, 2011).

A esperança média de vida dos coreanos, em 2006, era de 75,7 anos para homens e 82,4 anos para mulheres. Entretanto, foi relatado que houve, nas últimas décadas, aumento de 5,7 anos para homens e 4,6 anos para mulheres (SHIN *et al.*, 2012). Tal observação sugere a possibilidade de que neste país esteja ocorrendo diminuição da diferença na expectativa de vida entre homens e mulheres.

No Brasil, a expectativa de vida das mulheres é de aproximadamente 78,6 anos, sendo que estas vivem em média sete anos a mais do que os homens. Destaca-se que houve um ganho de 12,9 anos de vida no período compreendido entre 1980 e 2013 (IBGE, 2013).

No Piauí, a esperança de vida da mulher ao nascer é de 74,6 anos. Embora tenha acompanhado a tendência nacional, relativo ao período de 1980 a 2013, a expectativa de vida aumentou 12,8 anos, ficando ligeiramente abaixo da nacional (IBGE, 2013).

A feminização da velhice tem ocorrência explicada através de diferentes meios. Para Floriano (2005), este fenômeno decorre do elevado número de mortes violentas, como homicídio e acidentes automobilísticos que atingem mais os homens do que as mulheres. Acrescenta-se, ainda, que os avanços tecnológicos possibilitaram a redução das complicações durante a gestação, o parto e o puerpério, contribuindo positivamente para diminuição da mortalidade feminina.

O aumento da expectativa de vida entre as mulheres pode, ainda, ser acrescido de outros fatores, como aspectos biológicos e genéticos, indicadores sociais e comportamentais mais saudáveis entre as mulheres, dentre eles, o menor consumo de bebidas alcoólicas e tabaco (PASKULIN *et al.*, 2011).

Entretanto, esses fatores de risco que socioculturalmente acometem mais a figura masculina, acrescidos do estresse no trabalho, passaram a atingir, também, as mulheres, tendo em vista a ampliação da vida social destas, o engajamento na força de trabalho nacional, as duplas ou triplas jornadas, além das vivências trazidas pelas conquistas do feminismo. Assim, os serviços de saúde deverão organizar-se

para atender aos diferentes perfis demográficos e epidemiológicos decorrentes do aumento da população idosa, de forma especial, a feminina (VERAS, 2012).

À luz desses conhecimentos, mostrou-se imperativo a definição de gênero. Este é construído e influenciado pelo contexto social e cultural vivenciado por seus atores, sendo que os comportamentos entre homens e mulheres são apreendidos mediante o processo de socialização e transmitidos de geração para geração, através das instituições sociais, podendo, portanto, serem modificáveis, dependendo da cultura e do lugar (TORRES; BESERRA; BARROSO), 2007).

Alguns aspectos singulares são mais frequentes entre as mulheres do que nos homens. Embora apresentem expectativa de vida maior, as mulheres são mais vulneráveis e influenciadas pelas possibilidades oferecidas pelo contexto social, histórico e cultural em que estão inseridas. Tendem a ser mais pobres, recebem salários mais baixos e vivem sozinhas após a viuvez, enquanto os homens casam-se novamente e escolhem mulheres mais jovens para compartilhar o cotidiano (BUAES, 2007; PUSKULIN *et al.*, 2011; TURATTI, 2012).

É importante destacar que o aumento da expectativa de vida, caracterizada como uma das maiores conquistas da humanidade, trouxe consigo muitas implicações que se estendem, inclusive, ao setor saúde, já se fazendo sentir no cotidiano das sociedades. O Brasil tem experimentado transição epidemiológica, com alterações no quadro de morbimortalidade, tendo passado de perfil típico de uma população jovem, acometida, principalmente, por doenças infectocontagiosas e parasitárias, para outro caracterizado por enfermidades crônico-degenerativas e não transmissíveis, muitas vezes, incapacitantes, próprias do processo de envelhecimento e que demandam cuidados constantes. Esta modificação tem apresentado, como consequência, elevação significativa para os custos do setor saúde (BRASIL, 2006).

Miller e Castanheira (2013) afirmam que a mudança de estrutura etária da população brasileira resultará no aumento das pressões de custo nos cuidados de saúde e pensões. As projeções apontam que a partir do início de 2015, os gastos do setor público, neste processo, aumentarão de forma tão rápida e contínua, passando dos atuais 18% do Produto Interno Bruto (PIB) para atingir 27%, em 2050.

As conquistas femininas ocorridas nas últimas décadas impuseram à mulher o compromisso de desempenhar múltiplos e diferentes papéis. Além de esposa, mãe e dona de casa, a mulher tornou-se, também, provedora. O exercício

de tantas atividades requer tempo e energia, nem sempre disponíveis, o que tem causado todo um processo de desgaste físico e psicológico, que tende a agravar-se com o envelhecimento (MORAIS; PIRES, 2007).

De acordo com a OMS, existem, em todo o mundo, 340 milhões de pessoas sofrendo de depressão. As projeções para o ano de 2020 apontam que esta doença vai se tornar a segunda morbidade mais comum no mundo. Destaca-se que sua ocorrência é estimada em duas vezes mais em mulheres do que em homens, sendo considerada um problema real para o sexo feminino (NASSAB; ALLAHVIRDIYANI, 2013).

A depressão é caracterizada como um transtorno de humor grave que envolve um conjunto de sinais e sintomas que persistem durante semanas ou meses. Nesse quadro, são descritos diminuição da autoestima, modificações no apetite, alterações do peso e do padrão de sono, hipocondria, sentimentos de inutilidade, dificuldades para tomar decisões e pensamentos recorrentes de suicídio (SADOCK; SADOCK, 2007; FERREIRA; TAVARES, 2013).

Na população idosa, a depressão é considerada um dos problemas psiquiátricos mais comuns. De acordo com Djernes (2006), em estudo de revisão sistemática, a prevalência mundial desta doença variou de 0,9% a 9,4%, em idosos que vivem na comunidade; e de 14% a 42%, em idosos residentes de Instituições de Longa Permanência (ILP).

Por ser uma doença de natureza multifatorial que envolve aspectos de ordem biológica, psicológica e social, a depressão ocasiona a perda de interesse em quase todas as atividades, agravamento de enfermidades preexistentes e se associa ao maior risco de morte (IRIGARAY; SCHNEIDER, 2007).

Ressalta-se que o idoso é, muitas vezes, despreparado e sem defesa contra o ritmo da vida moderna, principalmente em relação à complexidade da urbanização e transformações sociais. Por isso, torna-se difícil, para ele, o processo constante de adaptação a tantas mudanças, levando-o ao isolamento social e, conseqüentemente, predispondo-o a depressão (RUNCAN, 2012).

Para Cavalcante, Minayo e Mangas (2013), a depressão na população idosa está representada por um transtorno de humor que oscila entre moderado e grave, apresentando duração curta ou longa, ocasionando diminuição do interesse e do prazer, podendo associar-se, ainda, à perda da habilidade física, descuido da aparência e afetação do papel social.

As variadas formas de percepção da depressão, por diferentes autores, tornam difícil a construção de um conceito consensual, devido, especialmente, à multiplicidade e intensidade de suas manifestações, acrescida pelo fato desta tarefa depender, também, de cada teórico que utiliza como referencial sua visão filosófico-existencial sobre o ser humano (MORAIS; PIRES, 2007; PINHO; CUSTÓDIO; MAKDISSE, 2009).

Alguns são os estudos publicados sobre a associação envelhecimento e depressão. Na Coreia, estudo de coorte, realizado com 5.137 idosos de 60 anos ou mais, identificou que 56,6% da amostra correspondiam ao sexo feminino. Neste estudo, foi encontrada prevalência de 37,5% de sintomas depressivos. Ademais, idade avançada, inatividade física, menor Índice de Massa Corporal (IMC), ser mulher, ter menor escolaridade, uma renda mais baixa, não ser casada, além de possuir comorbidades, como diabetes *mellitus*, câncer, doença pulmonar crônica, doença cardíaca, doença cerebrovascular, artrite e funções físicas limitadas foram fatores significativamente associados à presença de sintomas depressivos (SHIN *et al.*, 2012).

Em contrapartida, estudo realizado com idosos alemães identificou que escolaridade baixa, situação conjugal e presença de doenças crônico-degenerativas não foram relacionadas com o surgimento de depressão. Deficiência na mobilidade e na visão, comprometimento cognitivo leve, problemas na memória e tabagismo, constituem-se fatores preditores de depressão (WEYERER *et al.*, 2013).

No Brasil, tem sido relatada a presença de fatores comuns associados à manifestação de depressão na população idosa. Segundo Irigaray e Scheneider (2007), a pobreza, a institucionalização, as mudanças dos papéis sociais, como a aposentadoria, que frequentemente ocasiona diminuição da autoestima, do ritmo das atividades e do interesse pelo dia a dia; a perda de pessoas próximas, como cônjuge, filhos e amigos atuam como fatores desencadeantes de sintomas depressivos. Estes autores acrescentam que algumas doenças possuem relação etiológica direta com o surgimento da depressão na velhice, dentre elas o infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e doença de Parkinson.

Em concordância, Moraes e Pires (2007) afirmam que os fatores de risco citados somados a outros determinantes, como múltiplas doenças crônicas, uso de diversas medicações, mudanças no papel social, modificações na estrutura familiar,

bem como redução da renda e do suporte social, contribuem para o aparecimento de sintomatologia depressiva.

Em estudo realizado com idosos, no município de Florianópolis-SC, foi observado que ser mulher, idosa, analfabeta, ter déficit cognitivo, maior dependência funcional, sofrer queda no último ano, além de ter percepção ruim da saúde, constituíram fatores de risco que estão diretamente relacionados à presença de sintomas depressivos (BORGES *et al.*, 2013). Foi salientado por estes autores que a depressão eleva, consideravelmente, a probabilidade de incapacidade funcional entre os idosos, podendo provocar-lhes relação de dependência.

Tratando, especificamente, do processo de envelhecimento feminino, estudo de coorte realizado nos Estados Unidos da América (EUA), com 7.240 mulheres, identificou quatro trajetórias de sintomas depressivos entre idosas acompanhadas por 20 anos. São elas: sintomas depressivos mínimos, persistentemente baixos, aumentados e persistentemente elevados. As variáveis que estavam diretamente relacionadas às duas primeiras trajetórias foram representadas pelo estilo de vida negativo: tabagismo, inatividade física e pequena rede social. Já os fatores preditores relacionados às duas últimas trajetórias foram compostos pela deficiência física e comorbidades, sendo esta constituída por infarto do miocárdio, diabetes *mellitus* e obesidade. Este estudo confirma que os sintomas depressivos elevados e crescentes ocorrem com relativa frequência ao longo de anos de sobrevivência das idosas, bem como demonstra a heterogeneidade das manifestações depressivas (BYERS *et al.*, 2012).

O conhecimento dos fatores de risco que estão associados ao surgimento da depressão configura-se como pré-requisito para elaboração de intervenções baseadas nas necessidades e individualidades dos idosos, em especial, da mulher, buscando oferecer-lhe assistência mais humana e integral, uma vez que a depressão é tratável na maioria dos casos, além de seus sintomas serem minimizados com a utilização de terapêuticas adequadas (WEYERER *et al.*, 2013).

Os estados depressivos englobam diversos transtornos, os quais estão classificados em: transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor; transtorno Depressivo Maior, podendo este ser subdividido em: episódio único e episódio recorrente; transtorno Depressivo Persistente (Distímia); transtorno Disfórico Pré-menstrual; transtorno Depressivo Induzido por Substância/Medicamento; transtorno Depressivo devido a outra Condição Médica; Outro transtorno Depressivo

Especificado e, por fim, transtorno Depressivo não Especificado (AMERICAN PSYSHIATRY ASSOCIATION, 2014).

Salienta-se, porém que todos os transtornos apresentados possuem características comuns: presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam a capacidade de funcionamento do indivíduo. O que diferem entre os vários tipos de transtornos depressivos são os aspectos de duração, momento ou etiologia presumida (AMERICAN PSYSHIATRY ASSOCIATION, 2014).

Embora a depressão possa acometer qualquer faixa etária, estudos têm demonstrado prevalência em idosos, sendo que neste grupo populacional, o diagnóstico, muitas vezes, torna-se difícil, pois esta doença manifesta-se com características clínicas heterogêneas e peculiares, além do fato das pessoas nesta faixa etária apresentarem saúde física mais debilitada do que outras com menos idade (IRIGARAY; SCHNEIDER, 2007; RESENDE *et al.*, 2011).

Muitos sintomas relatados por idosos são comuns a outras patologias ou podem estar relacionados à comorbidades, como inapetência, insônia, fadiga, baixa autoestima, podendo sobrepor-se aos sintomas depressivos, dificultando o diagnóstico clínico, acarretando agravamento da doença nessa faixa etária (FERREIRA; TAVARES, 2013).

Morais e Pires (2007) acrescentam que sintomas somáticos de depressão podem ser confundidos com as alterações físicas comuns na velhice. Citam, como exemplo, queixas somáticas de dores, distúrbios de sono e apetite que são sintomas frequentes da depressão e, também, características próprias do processo de envelhecimento. Desta forma, percebe-se que tanto o diagnóstico de depressão quanto sua conceptualização são difíceis, tornando-se imperativas a escuta e observação atentas do ser humano, pois cada pessoa que apresenta quadro depressivo tem sua própria história, embora as queixas possam ser comuns.

De acordo com Guerra e Cerqueira (2007), o planejamento da assistência à pessoa idosa com depressão deve pautar-se na sua sintomatologia, identificando as fragilidades, as dificuldades e os riscos a que está exposta no dia a dia. Este processo contribui para minimização dos sintomas, controle da doença e melhoria na qualidade de vida desse grupo populacional.

Questão de suma importância é o risco de suicídio, que deve ser lembrada no planejamento da assistência à pessoa com sintomas depressivos. Na

literatura consultada, o risco de tentativas de suicídio em mulheres é considerado elevado. Associado a esse fato, têm-se que pessoas que vivem sozinhas ou são solteiras e apresentam sentimentos proeminentes de desesperança são mais vulneráveis a cometerem suicídio (AMERICAN PSYSHIATRY ASSOCIATION, 2014).

Os profissionais da saúde que trabalham na AB devem estar preparados para o atendimento a estes clientes, identificando a sintomatologia apresentada por eles e estabelecendo possível relação com a depressão. Esses cuidados favorecem a elaboração da conduta terapêutica mais adequada para cada caso.

Na AB, o instrumento que favorece o rastreamento de sintomas depressivos denomina-se Escala de Depressão Geriátrica (EDG), trata-se de um questionário que aborda como a pessoa idosa tem se sentido durante a última semana. Ressalta-se que esta escala se configura como ferramenta de avaliação que facilita a identificação de sintomas depressivos em idosos, devendo ser aplicada por profissionais da AB, dentre eles o enfermeiro, além de ser autoaplicada (BRASIL, 2007).

Em estudo realizado nos EUA, com 626 idosos, sendo 235 homens e 391 mulheres, da Atenção Primária à Saúde, para avaliação de ideação suicida com a utilização da Escala de Depressão Geriátrica, versão reduzida de 15 itens, identificou que o uso dessa ferramenta de rastreio mostrou-se adequada e confiável, inclusive para identificação de pacientes idosos com potencial risco para cometer o suicídio (MARNIN *et al.*, 2010).

Arantes, Stefanelli e Fukuda (2008) relatam que o tratamento medicamentoso é feito com antidepressivos isolados ou de forma associada a outras medicações. Quando estes não produzem os efeitos esperados, o cliente deve ser reavaliado e a introdução de novas drogas pode ser necessária, como antipsicóticos e estabilizadores do humor. Estas autoras acrescentam que terapias complementares, como psicoterapias, terapia ocupacional e psicoeducacional têm sido utilizadas em conjunto, contribuindo favoravelmente para melhoria da qualidade de vida desses clientes, para sua socialização, bem como aumentando a adesão ao tratamento com psicofármacos.

Crone *et al.* (2012) acrescentam que a utilização de atividades artísticas que envolvem a criatividade, como uso de poesia, música, cerâmica, desenho, mosaico e pintura, configuram-se como estratégias de intervenções eficazes para

promoção da saúde mental na AB, redução do isolamento social, elevação da autoestima e autoconfiança, além de favorecer o desenvolvimento social e contribuir para o bem-estar geral. Estes autores observaram, ainda, que os maiores participantes dessas atividades são as pessoas do sexo feminino, com idade mais elevada e nível socioeconômico mais baixo.

Byers *et al.* (2012) identificaram em seu estudo que a prática regular de atividade física e a promoção de fatores de estilo de vida saudáveis, individualmente ou combinados com o uso de antidepressivos, reduz a sintomatologia depressiva em mulheres idosas residentes na comunidade.

Papel importante na redução da ocorrência das doenças psicossomáticas, em destaque, a depressão no grupo populacional de idosos, é desempenhado pela qualidade do apoio familiar e social, pelo relacionamento interpessoal, pela participação em eventos religiosos, cuja fé auxilia no alívio dos sintomas depressivos (RUNCAN, 2012).

Os profissionais da saúde, em especial, os enfermeiros que trabalham na ESF devem conhecer as pessoas idosas que residem em seu território de atuação, a fim de desenvolver programas de promoção da saúde e envelhecimento ativo, pois eles devem ser adequados à realidade de cada comunidade. Outro aspecto importante a ser desenvolvido na ESF é a educação em saúde para evitar complicações de enfermidades preexistentes e avaliar as possibilidades de autocuidado. Além disso, torna-se necessário para o desenvolvimento dessas ações uma rede de atenção articulada, envolvendo ambos os serviços de saúde e apoio, para garantir atenção integral à saúde (PUSKULIN *et al.*, 2011).

2.4 Envelhecimento na perspectiva do Curso de Vida

O estudo do envelhecimento populacional existe desde a Antiguidade. Entretanto, foi no século XX que se verificou aumento na produção de pesquisas sobre o tema em epígrafe, em especial, relacionando-o às questões médicas e biológicas. As preocupações com os determinantes sociais do envelhecimento, bem como com as adaptações do indivíduo à sociedade, durante o ciclo vital, ganharam ênfase na segunda metade deste século (CALDAS, 2007).

Minayo, Souza e Paula (2010) e Ravelli *et al.* (2009) destacam que pesquisas realizadas com população idosa, sob diferentes temáticas, vêm

contribuindo para ampliação da produção científica relativa ao processo de envelhecimento.

O acelerado crescimento da população idosa suscitou a necessidade do empreendimento de esforços voltados para construção de teorias que pudessem auxiliar na compreensão do processo de envelhecimento. Dentre estas, as teorias biológicas destinadas ao estudo dos fatores determinantes e dos marcadores do envelhecimento; as teorias psicológicas que buscam explicar o envelhecimento como parte do processo de desenvolvimento humano, como ele se organiza e em quais situações se torna ótimo ou desorganizado; e as teorias sociológicas que focalizam o estudo de como o ser humano se adapta ao meio social, à medida que envelhece e como a sociedade influencia nesse envelhecimento (CALDAS, 2007).

Dentre as teorias que integram as Ciências Sociais, destaca-se a perspectiva do Curso de Vida que, para Caldas (2007), não se configura como uma teoria em si, mas um conjunto de conceitos que auxiliam na condução da pesquisa científica e iluminam a interpretação dos dados.

De acordo com Baltes (1987), a Perspectiva do Curso de Vida começou a firmar-se nos anos de 1970, no campo da Sociologia e da Psicologia e vem sendo usada para análise de questões, a saber: a natureza dinâmica e processual do envelhecimento; como o envelhecimento é moldado pelo contexto, pela estrutura social e pelos significados culturais; e como o tempo, o período histórico e a coorte moldam o processo de envelhecimento, tanto para indivíduos como para grupos sociais.

O mesmo autor destaca que os elementos da perspectiva do Curso da Vida são os seguintes: o envelhecimento acontece desde o nascimento até a morte; envolve processos sociais, psicológicos e biológicos; a experiência de envelhecer é marcada por fatores históricos de coorte. Considera-se que a pessoa vai se transformando à medida que a estrutura social se transforma. Assim, a situação pessoa-ambiente é totalmente passível de intervenção através de medidas físicas, psicológicas e sociais. Acrescenta, ainda, sete proposições que caracterizam essa perspectiva: desenvolvimento ontogênico, a multidirecionalidade, o desenvolvimento com ganho e perda, a plasticidade individual, o enraizamento histórico, o contextualismo como paradigma e o campo do desenvolvimento como multidisciplinar (BALTES, 1987).

Nos últimos 30 a 40 anos, foram muitas as pesquisas que utilizaram o referencial do Curso de Vida, destacando-o como área de estudo interdisciplinar do desenvolvimento humano, desde o nascimento até a morte, articulando antropologia, economia, sociologia e psicologia (MAYER, 2009).

Associada ao crescimento da população idosa, nascia a Psicologia do Envelhecimento que, segundo Neri (2006), caracterizava-se pela crença do contínuo desenvolvimento ao longo da vida (*lifespan*), o qual culminou com novas metodologias e perspectivas teóricas direcionadas ao entendimento e à explicação de aspectos específicos do envelhecimento.

Para Baltes (1987), três justificativas parecem ser relevantes para o crescente interesse, por parte dos estudiosos do desenvolvimento, sobre as concepções do Curso de Vida: mudanças demográficas, indicando maior porcentagem de idosos, surgimento da gerontologia como campo de especialização e busca da compreensão do processo de envelhecimento, reconhecendo toda a vida como foco científico e socialmente importante.

Marco teórico reconhecido para o estudo do envelhecimento humano e também conhecido como perspectiva *Life-Span*, esta abordagem de orientação dialética tem contribuído para mudança de paradigmas acerca da velhice, em especial, por alterar a concepção de que envelhecer está diretamente associado ao declínio, à doença e à incapacidade (SCORALICK-LEMPKE; BARBOSA, 2012).

Embora podendo ser entendida como perspectiva e não teoria em si, vários autores a consideram uma proposta inovadora no campo da Psicologia e da Sociologia que contribui diretamente para o estudo do envelhecimento populacional, a partir de interligação dos âmbitos pessoal e estrutural de análise, utilização de princípios multidisciplinares e a incorporação de uma visão, sobretudo, dinâmica (MOTA, 2005; CALDAS, 2007; SCORALICK-LEMPKE; BARBOSA, 2012).

Para Silva e Günther (2000), a maioria dos estudos que trabalha o desenvolvimento de adultos e o envelhecimento, é alicerçada na perspectiva teórica do Curso de Vida. Contextualizam, também, que o desenvolvimento humano não cessa na infância e ou adolescência, pois este se caracteriza como um processo multidirecional e multifuncional, influenciado pelo cenário histórico, social e cultural, no qual o indivíduo está inserido, bem como abrangendo todo o ciclo vital que busca constante equilíbrio entre os ganhos e as perdas ocorridas durante a vida.

Esta afirmativa corrobora com o proposto por Baltes, em 1987, que os ganhos e as perdas ocorridas durante o processo evolutivo são resultantes da interação e interdependência dos recursos da pessoa com os do ambiente, contribuindo para produzir um processo de envelhecimento bem-sucedido ou adaptativo.

Essa visão sobre o processo do envelhecimento privilegia a compreensão da totalidade e integralidade do ser humano em suas múltiplas dimensões, visto que se destaca a importância do processo biológico, mas não deixa de ser constituído pelos fatores social e cultural (DUQUE; SILVA, 2013).

Scoralick-Lempke e Barbosa (2012) afirmam que em todas as fases da vida, o ser humano é capaz de desenvolver novas habilidades que irão auxiliá-lo na adaptação às mudanças e ou limitações. Além disso, acrescentam que o envelhecimento não é determinado apenas devido aos aspectos genético e biológico, como também é influenciado por fatores sociais e culturais, sendo necessário para a continuidade do desenvolvimento, em idades avançadas, disponibilidade de recursos culturais.

Sifuentes, Dessen e Oliveira (2007) acrescentam que o desenvolvimento humano é um processo contínuo que se estende ao longo do curso de vida dos indivíduos, sendo fruto de uma organização complexa que envolve desde aspectos biológicos até as relações sociais. Portanto, cada ser humano tem seu desenvolvimento influenciado por inúmeras possibilidades vinculadas ao tempo, ao contexto e ao próprio processo de envelhecimento, exercendo papel fundamental de agente de mudança e transformação de sua história.

Ressalta-se que para obtenção de um envelhecimento bem-sucedido, a pessoa idosa deve, durante esse processo, adaptar-se às mudanças e limitações impostas pela biologia, selecionando prioridades, metas, objetivos; otimizando recursos e compensando as perdas vivenciadas ao longo da vida. Caso contrário, vivenciará o envelhecimento de forma negativa, gerando tensões, estresse, conflitos e doenças (SILVA; GÜNTHER, 2000).

Duque e Silva (2013) enfatizam que o envelhecer satisfatório não depende exclusivamente do indivíduo, mas de vários outros fatores de ordem social, educacional, econômica, familiar, habitacional e de saúde que se inter-relacionam ao longo da vida, sendo, portanto, a velhice bem-sucedida o resultado de todo um processo de desenvolvimento.

Mota (2005), em estudo, confirma que o desenvolvimento harmônico do indivíduo deve integrar e articular todas as dimensões do desenvolvimento humano, sejam elas: biológicas, cognitivas, afetivas ou sociais, não sendo diferente durante o envelhecimento.

Deve ser destacado que um dos pontos centrais da perspectiva do Curso de Vida refere-se à plasticidade individual, ou seja, a capacidade do idoso de se reinventar, de se adaptar às mudanças e à sua flexibilidade diante das diversas situações impostas no cotidiano, possibilitando contínuo desenvolvimento das capacidades cognitivas (BALTES, 1987; SCORALICK-LEMPKE; BARBOSA, 2012).

Atendo-se à situação do envelhecimento, no Brasil, observa-se que o país tem peculiaridades próprias, com destaque para as desigualdades regionais, hábitos de vida, condições de moradia, emprego e saúde, aspectos estes que colaboram para um perfil diferenciado de envelhecimento. Em contrapartida, o acesso à educação e cultura possibilitam oportunidades de vivenciar a velhice, através de novos interesses, projetos e responsabilidades possíveis de tornar a vida mais digna, feliz e compensar as perdas (SILVA; GÜNTHER, 2000).

Nesse sentido, pode-se destacar a oferta de programas que disponibilizam oportunidades de lazer, atividades educativas, interação social e estímulo aos idosos, a exemplo dos Centros de Convivência da Terceira Idade, Academias na Praça, Universidades Aberta da Terceira Idade, os quais permitem o desfrutar de um envelhecimento saudável, equilibrando os declínios próprios do processo e os benefícios oriundos dessas estratégias (SCORALICK-LEMPKE; BARBOSA, 2012).

Desenvolver comportamentos saudáveis ao longo da vida, como ser fisicamente ativo, aderir a uma dieta balanceada, evitar o uso nocivo de álcool e não fumar, além da criação de ambientes físicos e sociais que possibilitem a participação das pessoas idosas emerge como necessidade crescente (WHO, 2012).

A perspectiva do Curso de Vida enfatiza importância da seleção de prioridades para uma regulação efetiva dos processos desenvolvimentais, sendo que o indivíduo influencia o ambiente sócio histórico e por ele é influenciado. Assim, essas interações levam o ser humano ao constante organizar-se e se reorganizar equilibrando, portanto, as perdas e os ganhos ao longo da vida (SILVA; GÜNTHER, 2000; SIFUENTES; DESSEN; OLIVEIRA, 2007).

Compreender o desenvolvimento humano, na perspectiva do Curso de Vida, é buscar integrar distinções temporais, contextuais e do processo de envelhecimento. Desta forma, o estudo dos diferentes momentos de vida que estão sujeitos a mudanças, de acordo com a faixa etária do ser humano e a estrutura sociocultural da qual ele faz parte, integram o processo (SIFUENTES; DESSEN; OLIVEIRA, 2007).

Na perspectiva do Curso de Vida, destacam-se as influências de ordens normativas e não normativas que atuam sobre o sujeito durante o ciclo vital. São exemplos de influências normativas ontogenéticas, ou seja, que acontecem de forma semelhante entre os indivíduos: a infância, adolescência e menopausa. As normativas históricas são aposentadoria por idade, crises econômicas e novas descobertas tecnológicas. Por fim, as não normativas são caracterizadas por apresentar caráter biológico ou social e ocorrerem de forma inesperada, como doença grave, falecimento de algum familiar e acidentes automobilísticos (BALTES, 1987; DUQUE; SILVA, 2013).

Para Neri (2006), as influências normativas graduadas por idade ou ontogenéticas compreendem dois conjuntos: as biológicas que relacionadas ao envelhecimento incluem as diminuições da plasticidade comportamental e da resiliência biológica e as sociais que dizem respeito ao cumprimento de tarefas evolutivas. As normativas históricas são eventos macroestruturais experimentados ao mesmo tempo por uma dada coorte. As influências não normativas não atingem todos os indivíduos de um grupo etário ao mesmo tempo, sua ocorrência, portanto, é imprevisível, pode ter caráter biológico ou social e geram condições de incertezas e desafios.

Acrescente-se que o efeito dos eventos não normativos é potencializado pelo aspecto de incontabilidade que gera estresse para maioria dos idosos, em especial, para mulheres, pois são mais sujeitas à pobreza, baixa escolaridade, nível ocupacional mais baixo, motivos pelos quais as idosas são mais expostas a doenças, incapacidades, sobrecarga do papel de cuidar, ao isolamento social e desencadeamento de sintomas depressivos (NERI, 2006).

Em estudo sobre novos rumos de pesquisas que utilizam o Curso de Vida, Mayer (2009) destaca alguns critérios fundamentais de abordagem: mudanças na vida dos indivíduos ocorrem desde a infância até a velhice, necessitando de equilíbrio ao longo da existência; as alterações devem ser investigadas,

considerando o tempo de vida e o tempo histórico; elas devem ser estudadas, articulando-se com todos os domínios da vida, como trabalho, família, cultura, dentre outros, em um contexto coletivo associado à ação individual.

Depreende-se, portanto, que o indivíduo nesse marco teórico possui papel ativo e de protagonismo, pois é agente do próprio processo de desenvolvimento e recebe influências dos fatores biológicos, psicológicos, ambientais, históricos e sociais (SIFUENTES; DESSEN; OLIVEIRA, 2007).

Neri (2006) salienta que o aumento da longevidade, o crescimento do número de idosos, a feminização da velhice, as mudanças na estrutura familiar, a pobreza, a baixa escolaridade, agravadas pelas perdas normativas e não normativas ocorridas durante o processo de envelhecimento, constituem-se fatores de risco para saúde biopsicossocial da grande parcela de idosos, em especial, das mulheres, sendo necessário maior acesso à educação e cultura, bem como a medidas de inclusão social.

Embora no imaginário sociocultural prevaleça o pensamento de que a pessoa idosa não possui mais potencial para desempenhar atividades e tarefas evolutivas na velhice, estudo na perspectiva do Curso de Vida tem demonstrado que os idosos podem desempenhar continuamente atividades ao longo da vida, sendo destacado que os projetos de vida desse grupo populacional podem ser constantemente revistos e adaptados, para que se obtenha êxito. Portanto, ao idoso cabe o direito e a responsabilidade de continuar sonhando, planejando e realizando atividades dentro das particulares condições de vida (DUQUE; SILVA, 2013).

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Este estudo constitui-se uma pesquisa de métodos mistos que segundo Creswell (2010) consiste em um tipo de investigação que combina as abordagens quantitativa e qualitativa, proporcionando maior compreensão do problema da pesquisa.

Salienta-se que esses dois tipos de abordagens são distintos, mas não incompatíveis, pelo contrário, a utilização conjunta dessas metodologias, quando bem trabalhadas na teoria e na prática, produzem resultados riquíssimos, complementares e maior fidedignidade interpretativa (YAÑEZ; KLIJN, 2007; MINAYO, 2007).

As subseções seguintes estão divididas e organizadas, em razão da necessidade, para abordagens quantitativa e qualitativa.

3.2 Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida no município de Teresina, capital do Estado do Piauí, na região Nordeste do Brasil. De acordo com os dados do IBGE (2010), a cidade possui expressivo contingente de mulheres idosas e a expectativa é de que este número aumente progressivamente. É reconhecida como polo de saúde, tendo a ESF como modelo organizativo da AB.

O presente estudo foi realizado nos domicílios das mulheres idosas residentes na área urbana adstrita às três Diretorias Regionais de Saúde (DRS), quais sejam: Centro/Norte, Sul e Leste/Sudeste. A primeira possui 20 UBS e 75 equipes de ESF, a segunda apresenta 25 UBS e 76 equipes e a terceira 26 UBS e 85 equipes.

A escolha do domicílio justifica-se pelo fato de ser o local de moradia das mulheres idosas, não sendo necessário que elas se locomovessem para outros locais que poderiam dificultar a participação na pesquisa, além de possibilitar maior comodidade, conforto e segurança para elas.

3.3 Participantes do estudo

3.3.1 Abordagem quantitativa

A população fonte do estudo foi constituída pelas mulheres idosas do município de Teresina que, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), correspondem a 43.495 (BRASIL, 2014).

A população do estudo/amostra foi calculada por meio da amostragem aleatória simples, também conhecida como ocasional, acidental, casual ou randômica. É uma técnica usual que permite examinar um número menor da população fonte, em consideração às limitações de ordem econômica que restringem a realização do censo (KLEIN; BLOCH, 2009; TORRES; MAGNANINI; LUIZ, 2009).

Para tanto, o tamanho da amostra (n) foi calculado pela equação:

$$n = z^2 \cdot p \cdot (1 - p) / e^2$$

De acordo com Arango (2009), a equação é entendida da seguinte forma: z correspondente ao quartil da distribuição normal (para um intervalo de confiança de 95%, tem-se $z = 1,96$); p : é a prevalência de depressão em idosos; e : é a margem de erro considerada (5%). Assim, foi obtida amostra para o desenvolvimento deste estudo de 206 mulheres idosas.

No cálculo da amostra, utilizou-se estimativa de prevalência de depressão em idosos, haja vista que não foi encontrada, na literatura nacional consultada, essa informação específica para população idosa feminina. Assim, utilizou-se a prevalência de 16%, com base no estudo de Moraes (2012) que apresenta a estimativa da prevalência de depressão em idosos variando de 8 a 16%.

Após calcular o tamanho da amostra, utilizou-se a técnica de amostragem estratificada proporcional, para seleção das participantes, no qual a proporcionalidade do tamanho de cada estrato da população fonte é mantida considerando o tamanho da amostra, com vistas a gerar resultados mais precisos que a amostragem aleatória simples (TORRES; MAGNANINI; LUIZ, 2009).

No presente estudo, a estratificação foi realizada em três etapas, sendo a primeira relacionada à distribuição proporcional das mulheres idosas cadastradas por DRS, conforme Quadro 1.

Quadro 1 - Distribuição da população idosa por Diretorias Regionais de Saúde de Teresina e amostra. Teresina, 2015.

Diretorias	População de idosas cadastradas	%	Amostra (nº de idosas)
Centro-Norte	12.198	28,0	58
Sul	14.170	32,6	67
Leste-Sudeste	17.127	39,4	81
TOTAL	43.495	100	206

Fonte: SIAB, 2014.

A segunda etapa consistiu na estratificação proporcional do número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) por DRS, conforme Quadro 2.

Quadro 2 - Distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) por Diretorias Regionais de Saúde de Teresina. Teresina, 2015.

Diretorias	Nº de UBS existentes	% de UBS	Nº de UBS selecionadas
Centro-Norte	20	28,2	6
Sul	25	35,2	9
Leste-Sudeste	26	36,6	10
TOTAL	71	100	25

Fonte: SIAB, 2014.

A terceira etapa constituiu na distribuição proporcional do número de mulheres idosas por Unidade Básica de Saúde (UBS), sorteada em cada DRS, por meio do *software R (Project for Statistical Computing)* versão 3.0.2, conforme Quadro 3.

Quadro 3 - Distribuição proporcional da amostra por Unidade Básica de Saúde/DRS. Teresina, 2015.

Unidade Básica de Saúde	Total de idosas	%	Amostra (N.º de idosas)
DRS Centro/Norte			
03 - CS Santa Maria da CODIPI	224	9,5	5
05 - CS Monte Alegre	265	11,3	6
07 - CS Dr. Evaldo Carvalho	675	28,7	17
11 - CS Anita Ferraz	74	3,2	2

Continua...

DRS Centro/Norte			
12 - CS Vila do Avião	16	0,7	1
13 - USF Adelino Matos	1094	46,6	27
Total	2348	100,0	58
DRS Sul			
01 – USF Carolina Silva	315	6,2	4
02 - USF Promorar	560	11,1	7
05 - CS São Pedro	1016	20,2	13
06 - USF Dr Wilson Batista	962	19,1	13
07 - CS Porto Alegre	10	0,2	1
10 - USF Vamos Ver o Sol	70	1,4	1
11 - CS Dr. Durvalino Couto	1063	21,1	14
14 - CS Três Andares	480	9,5	6
23 - CS Dr. Francílio R. de Almeida	566	11,2	8
Total	5042	100,0	67
DRS Leste/Sudeste			
05 - USF Satélite	830	12,5	10
06 - CS Dr. Francisco J.C. Sousa	521	7,8	6
07 - USF Taquari	368	5,5	5
09 - CS Piçarreira	531	8,0	6
11 - USF Redonda	325	4,9	4
13 - CS N. Senhora da Guia	424	6,4	5
14 - USF Pe. Mário Roche	940	14,1	11
16 - CS Renascença	1553	23,4	19
24 - UBS Dirceu II – Quadra – 173	1115	16,8	14
26 - UBS Dra. Ana L. Salmito	39	0,6	1
Total	6646	100,0	81
TOTAL			206

Fonte: SIAB, 2014.

Destaca-se que foram solicitados aos membros das equipes pertencentes às Unidades Básicas de Saúde uma lista com os nomes e endereços das mulheres idosas cadastradas para posterior realização de sorteio aleatório das participantes do estudo, com a finalidade de aplicar os instrumentos da pesquisa.

3.3.2 Abordagem qualitativa

A seleção dos participantes na fase qualitativa da pesquisa deve possibilitar abranger a totalidade do fenômeno investigado em suas diversas dimensões. Assim, fizeram parte dessa fase da pesquisa todas as mulheres idosas que apresentaram sintomas depressivos avaliados por meio de ferramenta que já foi

validada nacionalmente por Almeida e Almeida (1999), denominada de Escala de Depressão Geriátrica – versão reduzida (EDG - 15).

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

No critério geral de inclusão do presente estudo, foi utilizado o instrumento de pesquisa denominado Mini Exame do Estado Mental – MEEM, proposto por Bertolucci *et al.* (1994), através do qual as condições cognitivas são avaliadas da seguinte forma: 13 pontos para idosas analfabetas, 18 pontos para aquelas com baixa e média escolaridade e 26 pontos para as que possuem alta escolaridade.

Além da inclusão pelo critério mencionado, para obtenção dos dados qualitativos, as mulheres idosas deveriam apresentar sintomas depressivos avaliados por meio da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica – versão reduzida (EDG - 15).

Foram excluídas do presente estudo as idosas que no momento da coleta de dados não se encontravam no domicílio, após dois agendamentos para entrevista, e aquelas que já não residiam no endereço informado pelo(a) enfermeiro(a) e/ou ACS da ESF.

3.5 Variáveis do estudo

Fizeram parte do instrumento de coleta de dados as variáveis sociodemográficas (idade, cor da pele, local de nascimento, estado civil, quantidade de pessoas que moram na casa, identificação das pessoas que moram na casa/arranjo domiciliar, chefe/responsável pelo domicílio, organização familiar na moradia, quantidade de filhos vivos, religião, tipo de serviço de saúde que procura quando necessita, escolaridade, renda da idosa e familiar, fonte de renda, tempo de aposentada, avaliação da própria condição econômica atual e comparada à de outras pessoas que tenham a mesma idade, atividades que realiza, tipo de moradia) e de condições de saúde (autoavaliação da memória atual e relacionada há um ano, problemas de saúde, uso de medicação).

A variável dependente (predita ou resposta) deste estudo foi a presença de sintomas depressivos, já as independentes ou explicativas foram as demais variáveis.

3.6 Instrumentos para coleta dos dados

Para coleta de dados, foram utilizados quatro instrumentos, o primeiro foi o MEEM (ANEXO A); o segundo um formulário contendo dados sociodemográficos e condições de saúde (ANEXO B); o terceiro a Escala de Depressão Geriátrica – versão reduzida (EDG - 15) (ANEXO C); e o quarto consistiu em um roteiro de entrevista, contendo três questões abertas sobre o desencadeamento de sintomas depressivos por mulheres idosas (APÊNDICE A).

O MEEM é definido como um instrumento de avaliação geriátrica, simples, de rápida aplicação, amplamente estudado ao longo dos 40 anos de existência, passando por um grande número de reavaliações de composição e características psicométricas. Este instrumento é um dos testes mais empregados e estudados em todo o mundo para avaliação de idosos do ponto de vista cognitivo; pode ser usado isoladamente ou incorporado a instrumentos mais amplos (BRUCKI *et al.*, 2003; LOURENÇO; VERAS, 2006).

O MEEM fornece informações sobre diferentes parâmetros, mediante questões agrupadas em categorias, englobando funções cognitivas com as respectivas pontuações: orientação - temporal (5 pontos) e espacial (5 pontos); memória imediata (3 pontos); atenção e cálculo (5 pontos); memória de evocação (3 pontos); além da linguagem que inclui: nomeação (2 pontos); repetição (1 ponto); comando (3 pontos); leitura (1 ponto); frase (1 ponto) e cópia do desenho (1 ponto). Assim, as pontuações do MEEM podem variar de 0 ponto, sendo este o mínimo e que indica o maior grau de comprometimento cognitivo da pessoa idosa, até um total máximo de 30 pontos, que é a melhor capacidade cognitiva (BERTOLUCCI *et al.*, 1994).

Os autores acima estabeleceram, ainda, pontos de corte no MEEM para diferentes níveis de escolaridade: analfabetos 13 pontos; baixa (1 a 4 anos incompletos de estudo) e média (4 a 8 anos incompletos de estudo) escolaridade 18 e para aqueles com alta escolaridade (8 anos ou mais de estudo) 26. Salienta-se a importância das questões que influenciam na utilização desse instrumento, dentre

elas a escolaridade, sobretudo pelos ajustes necessários nos escores de pontuação, quando se trata de população mais idosa e analfabeta (BERTOLUCCI *et al.*, 1994).

O segundo instrumento utilizado no presente estudo consistiu em um formulário elaborado pelo Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Geriátrica e Gerontológica (NUPEGG), da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, para caracterização sociodemográfica e condições de saúde da população idosa. A utilização desse instrumento nesta investigação foi autorizada pela responsável pelo referido núcleo de pesquisa (ANEXOS D, E).

A Escala de Depressão Geriátrica (EDG) é um dos instrumentos mais frequentemente utilizados para o rastreamento de depressão em idosos, com perguntas que evitam a esfera das queixas somáticas, tendo sido validado no Brasil. Originalmente, composta por 30 questões, ao longo do tempo, tem dado espaço para utilização de versões reduzidas, com 1, 4, 10, 15 e 20 questões. O uso dessas versões reduzidas, na prática clínica, tem sido cada vez mais frequente, devido ao tempo gasto na aplicação tornar-se substancialmente diminuído (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), outra vantagem que justifica a escolha dessa escala em versão reduzida, com 15 questões, encontra-se no fato de já ser preconizada por este ministério para ser utilizada na Atenção Básica; composta por perguntas fáceis de serem entendidas; tem pequena variação nas possibilidades de respostas; além de poder ser autoaplicada ou aplicada por um entrevistador treinado (BRASIL, 2007).

Segundo Silva *et al.* (2012), a Escala de Depressão Geriátrica, em versão reduzida (EDG-15), é bastante empregada para detecção de sinais indicativos de depressão em pessoas idosas, com índices de confiabilidade e validade considerados adequados para utilização. Esta escala apresenta 15 perguntas negativa/afirmativa que verifica sintomas depressivos, no qual uma pontuação entre 0 e 5 se considera normal, 6 a 10 indica depressão leve a moderada e 11 a 15 depressão severa. Esta escala é utilizada para rastreamento da presença de sinais indicativos de depressão e não para realização de uma avaliação diagnóstica clínica.

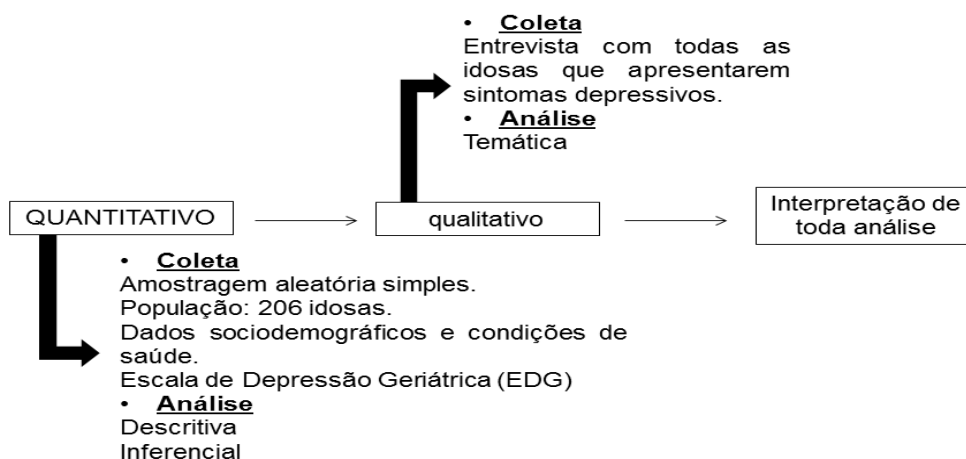
Os dados relativos à abordagem qualitativa foram produzidos por meio da aplicação de um roteiro contendo três questões abertas: fale-me como a senhora se sente neste momento. O que a senhora acha que contribuiu para o aparecimento desses sintomas? Qual fato marcou o aparecimento desses sintomas?

Foi realizado pré-teste com mulheres idosas, para verificar se os instrumentos de entrevista estavam adequados aos objetivos propostos ou se necessitariam de alterações, além de observar o tempo médio utilizado na entrevista. Os pré-testes foram realizados nas UBS que não foram sorteadas para inclusão na investigação.

3.7 Procedimentos para coleta dos dados

Na pesquisa de método misto explanatório sequencial, utilizam-se passos que recaem em estágios separados, ou seja, primeiro são coletados os dados quantitativos e depois os qualitativos. Desta forma, a coleta ocorre em duas fases distintas, porém incorporadas, sendo que a fase secundária de dados pode proporcionar informações de apoio à primária. Creswell (2010) defende esta estratégia como útil para explicar e interpretar com mais detalhes os resultados da pesquisa. A seguir, o fluxograma utilizado na coleta dos dados.

Figura 1 – Esquema representativo do procedimento de coleta e análise dos dados da pesquisa. Teresina, 2015.



Fonte: Adaptado de Creswell (2010)

A coleta de dados ocorreu de dezembro de 2015 a março de 2016, nos domicílios das mulheres idosas que participaram do presente estudo. Inicialmente, foi aplicado o MEEM para avaliar as condições cognitivas das idosas e possibilidade de participação nesta pesquisa, tendo como base os pontos de corte do MEEM estabelecido por Bertolucci *et al.* (1994).

Após esse primeiro momento, as idosas selecionadas para compor a amostra do estudo receberam orientações detalhadas sobre a pesquisa e depois da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), foi iniciada a aplicação dos instrumentos.

A pesquisadora buscou apoio junto aos(às) enfermeiros(as) das equipes da ESF e ACS, com intuito de facilitar o acesso à mulher idosa, tendo em vista que são os profissionais que conhecem detalhadamente os territórios de atuação e clientes. Os dados foram coletados diariamente, nos turnos manhã e tarde, conforme horário de atendimento da equipe da ESF.

3.7.1 Dados quantitativos

Para obtenção dos dados quantitativos, que consiste na primeira fase desta investigação, foi aplicado formulário para caracterização das participantes contendo dados sociodemográficos e condições de saúde e, posteriormente, a Escala de Depressão Geriátrica – versão reduzida (EDG - 15).

Esta etapa da pesquisa contou com apoio de colaboradores que foram três acadêmicas de enfermagem e uma mestranda da Universidade Federal do Piauí (UFPI), treinadas previamente sobre o preenchimento dos instrumentos.

3.7.2 Dados qualitativos

A técnica utilizada para coleta de dados qualitativos foi a entrevista, que segundo Minayo (2007), objetiva construir informações pertinentes ao objeto de estudo, sendo conduzida pelo entrevistador que aborda temas e formula perguntas, com vistas a responder aos objetivos propostos da investigação. Além disso, a entrevista configura-se como forma de interação social, sendo, ainda, uma conversa a dois.

Para o registro dessas entrevistas, foi utilizado um Mp3, com finalidade de reproduzir de forma fidedigna as respostas fornecidas pelas participantes para posterior transcrição e análise dos dados.

Esta fase da pesquisa foi realizada exclusivamente com as mulheres idosas que apresentaram sintomas depressivos avaliados por meio da Escala de

Depressão Geriátrica – versão reduzida (EDG - 15), aplicada na primeira fase do presente estudo.

3.8 Análise dos dados

A análise dos dados na pesquisa de método misto explanatório sequencial ocorre em três momentos, sendo o primeiro referente à análise dos dados quantitativos, o segundo relacionado aos qualitativos e o terceiro consiste na interpretação de toda a análise (CRESWELL, 2010).

3.8.1 Dados quantitativos

Os dados foram digitados no *Software Excel*® 2010 e analisados com a utilização do *software Statistical Package for the Social Science (SPSS)*® versão 20.0, ferramenta de tratamento de dados e análise estatística. A técnica de dupla digitação foi utilizada com checagem e limpeza do banco de dados. Logo após, realizaram-se análises descritivas (frequência e medidas de tendência central) das variáveis da pesquisa.

Foi realizado teste de normalidade no grupo de variáveis numéricas para confirmação do padrão de distribuição das mesmas, para tanto, o teste selecionado foi o de *Kolmogorov-Smirnov*, comprovando-se um padrão de distribuição não normal. Com base no exposto, optou-se, para análise de associação deste grupo de variáveis com a variável dependente EDG, pelo teste não paramétrico de *Spearman*.

No grupo de variáveis categóricas, o teste bivariado para analisar a associação entre as variáveis qualitativas utilizado foi o teste do qui-quadrado. As variáveis que na análise bivariada apresentaram valor de $p \leq 0,20$ foram submetidas ao modelo multivariado de Regressão Logística, aqui denominado de *Odds Ratio* ajustado.

No presente estudo, utilizou-se a classificação proposta por Pestana e Gageiro (2003) para interpretar a força das correlações (valor de r): valores de 0,00 a 0,20 muito baixa; 0,21 a 0,39 baixa; 0,40 a 0,69 moderada; 0,70 a 0,89 alta; 0,90 a 1,00 muito alta e igual a 1 correlação perfeita.

Para todas as demais análises, foi mantido o nível de significância de $p \leq 0,05$ para rejeição da hipótese nula. O intervalo de confiança foi fixado em 95%.

3.8.2 Dados qualitativos

Creswell (2010) sugere que para o segundo momento da pesquisa de método misto explanatório sequencial, deve-se realizar análise temática dos dados coletados.

Para Minayo (2007), essa técnica de análise configura-se como o momento em que se devem buscar os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja frequência e/ou presença dará significado ao objeto analisado. Operacionalmente, a análise temática dividiu-se em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos com interpretação. Portanto, após transcrição dos depoimentos, foram extraídos os núcleos convergentes para formulação de categorias temáticas.

Todo o passo a passo realizado na análise temática busca privilegiar o sentido do material de campo, porém se deve ter atenção de não buscar nos depoimentos uma verdade única, absoluta, mas o significado que os entrevistados expressam. A esse momento fundamental e importante em que o pesquisador chega à compreensão das falas e de sua contextualização empírica, denomina-se de lógica interna dos atores, do grupo ou do segmento (MINAYO, 2012).

3.9 Aspectos éticos e legais

Tendo em vista se tratar de uma amostra formada por mulheres idosas cadastradas na ESF, na zona urbana do município de Teresina-PI, foi solicitada autorização da Comissão de Ética em Pesquisa da Fundação Municipal de Saúde (FMS) para realização do presente estudo. Posteriormente, o projeto foi submetido à Plataforma Brasil, que enviou para análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CEP/UFPI), com CAAE 51254815.4.0000.5214 e parecer 1.346.102 (ANEXO F).

As mulheres idosas participantes do presente estudo receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), baseado na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos procedimentos éticos da pesquisa que envolve seres humanos, podendo estes sujeitos se desvincular do estudo a qualquer momento, sem prejuízos ou qualquer ônus. Estas participantes foram devidamente esclarecidas sobre os objetivos da investigação e questionadas sobre a participação

voluntária. Após consentimento, foi iniciada a coleta de dados. Ressalta-se que o TCLE foi assinado em duas vias, ficando uma em posse da pesquisadora responsável pelo estudo ou colaboradoras e a outra em posse da participante da pesquisa (BRASIL, 2012).

Este estudo ofereceu riscos mínimos para as participantes, pois poderia haver constrangimento no ato da entrevista, momento em que as depoentes discorreriam sobre suas vidas. Para minimizar esses riscos, as entrevistas foram realizadas nos domicílios das mulheres idosas, resguardando o sigilo e a confidencialidade das informações fornecidas, bem como foi utilizada abordagem simples e de fácil entendimento para estabelecer relação de confiança entre pesquisador e ou colaboradoras e as participantes do estudo.

4 RESULTADOS

Por ser um estudo de metodologia mista, a apresentação dos resultados está subdividida em duas seções. Na primeira, encontram-se os dados relativos à fase quantitativa, sendo apresentadas nas Tabelas 1 e 2 a caracterização sociodemográfica e as condições de saúde da amostra estudada; na Tabela 3, estão a frequência de morbidades e o uso de medicamentos pelas participantes; nas Tabelas 4, 5, 6 e 7, a prevalência de sintomas depressivos nas idosas, bem como os fatores a eles associados. Na segunda seção, encontra-se a categorização dos dados relativos à fase qualitativa dessa investigação.

4.1 Apresentação dos dados relativos à fase quantitativa

4.1.1 Caracterização sociodemográfica e condições de saúde da amostra estudada

Os dados obtidos revelaram que a média de idade foi de 70,5 anos e desvio padrão de $\pm 7,2$, sendo que a faixa etária de 60 a 70 anos manteve-se como a de maior frequência (53,9%). Com relação a variável cor da pele, 60,2% das participantes se autorreferiram pardas; 69,9% nasceram no interior do Estado do Piauí e 39,3% eram casadas.

Na variável quantidade de pessoas que moram com a idosa a média foi de 3,5 pessoas ($\pm 1,8$), com variação de 1 a 10 pessoas, sendo que no arranjo domiciliar 39,3% das participantes afirmaram enquadrar-se na categoria outros e 66,5% se afirmaram chefe/responsável pelo próprio domicílio.

Quanto à forma como ocorreu a organização familiar na moradia, 51,9% das participantes responderam não se aplica, enquanto 27,2% receberam outras pessoas do núcleo familiar ou de amizade para morar com elas.

Sobre a quantidade de filhos vivos, a média obtida foi de 5,2 filhos vivos ($\pm 2,9$). A grande maioria das idosas (72,3%) afirmou-se católicas e 78,6% delas utilizavam o Sistema Único de Saúde (SUS) como principal serviço de saúde.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra estudada. Teresina/PI, 2016. (n=206)

Variáveis	n(%)	\bar{x}	\pm	IC 95%	Min-Max
Idade (em anos)		70,5	7,2	69,5;71,5	60-90
60 – 70	111(53,9)				
71 – 80	78(37,9)				
81 – 90	17(8,2)				
Cor da pele					
Parda	124(60,2)				
Amarela	12(5,8)				
Branca	33(16,0)				
Preta	34(16,5)				
Indígena	3(1,5)				
Local de nascimento					
Cidade	62(30,1)				
Interior	144(69,9)				
Estado Civil					
Solteira	29(14,1)				
Casada	81(39,3)				
Divorciada	10(4,9)				
Separada	11(5,3)				
Viúva	75(36,4)				
Quantas pessoas moram na casa Com quem mora (arranjo domiciliar)		3,5	1,8	3,3;3,7	1-10
Sozinha	18(8,7)				
Somente com o cônjuge	21(10,2)				
Cônjuge e filhos	18(8,7)				
Cônjuge, filhos, genro ou nora	1(0,5)				
Somente com o(s) filho(s)	35(17,0)				
Arranjo trigeracional	23(11,2)				
Arranjo intrageracional	1(0,5)				
Somente com netos	5(2,4)				
Não familiares	3(1,5)				
Outros	81(39,3)				
Chefe/responsável pelo domicílio					
Própria idosa	137(66,5)				
Cônjuge	36(17,5)				
Filho	15(7,3)				
Outro familiar	15(7,3)				
Não familiar	3(1,4)				
Organização familiar na moradia					
Idosa veio morar na casa	43(20,9)				
Outros vieram morar com a idosa	56(27,2)				
Não se aplica	107(51,9)				
Filhos vivos		5,2	2,9	4,7;5,6	1-13
Religião					
Católica	149(72,3)				
Protestante/ evangélica	57(27,7)				
Serviço de saúde que mais utiliza					
SUS	162(78,6)				
Convênio de saúde	39(18,9)				
Particular	4(2,0)				
Farmácia	1(0,5)				

Legenda: \bar{x} = Média, \pm = Desvio padrão, IC95%= Intervalo de confiança, Min - Max= Mínima e Máxima.

Na Tabela 2, consta a média de anos de estudo das participantes que foi de 5,5 anos ($\pm 3,8$). Ressalta-se que 36,9% das idosas não possuíam escolaridade, enquanto 19,9% informaram oito anos e mais de estudo.

A renda média da idosa, expressa em salário mínimo (SM), foi de 1,4 SM ($\pm 0,9$), enquanto na variável renda familiar, a média foi de 2,8 SM ($\pm 1,8$). Destaca-se que a aposentadoria foi a principal fonte de renda para 69,9% das participantes do presente estudo e que a média de tempo de aposentada foi de 11,9 anos ($\pm 7,8$).

Para 53,4% das idosas, a própria condição econômica atual foi considerada regular. Perguntadas sobre a condição econômica em comparação à de outras pessoas da mesma idade, 50,0% consideraram estar em uma situação igual.

Em relação às atividades que realizavam, 86,2% das idosas fizeram referência àquelas consideradas domésticas. Na variável moradia, 82,5% possuíam casa própria quitada. Questionadas sobre como avaliavam a própria memória, atualmente, 46,1% das participantes deste estudo afirmaram estar regular. Quando comparado com o estado da memória de um ano atrás, 54,4% consideraram-na igual.

Tabela 2 - Caracterização socioeconômica e condições de saúde da amostra estudada. Teresina/PI, 2016. (n=206)

Variáveis	n(%)	\bar{x}	\pm	IC 95%	Min-Max
Escolaridade (anos de estudo)		5,5	3,8	4,9;6,2	1-18
Sem	76(36,9)				
1 - 4 – incompletos	42(20,4)				
4 - 8 – incompletos	47(22,8)				
≥ 8	41(19,9)				
Renda idosa em SM(*)		1,4	0,9	1,2;1,5	1-10
Renda familiar em SM(*)		2,8	1,8	2,5;3,0	1-18
Fonte de renda(**)					
Aposentadoria	137(69,9)				
Pensão	18(29,1)				
Aluguel	20(10,2)				
Trabalho próprio	45(23,0)				
Doações	29(14,8)				
Outras	16(8,2)				
Tempo de aposentada (em anos)		11,9	7,8	10,6;13,2	1-39
Avaliação da própria condição econômica atual					
Muito boa	6(2,9)				
Boa	56(27,1)				
Regular	110(53,4)				
Ruim	17(8,3)				
Péssima	17(8,3)				

Continua...

Variáveis	n(%)	\bar{x}	\pm	IC 95%	Min-Max
Comparação de condição econômica com outras pessoas que tenham a mesma idade					
Melhor	83(40,3)				
Igual	103(50,0)				
Pior	20(9,7)				
Atividades que realiza(**)					
Nenhuma	21(10,3)				
Atividades domésticas	175(86,2)				
Esporte/ dança	62(30,5)				
Trabalho voluntário/ comunitário	34(16,7)				
Trabalho remunerado	45(22,2)				
Casa em que mora					
Própria-quitada	170(82,5)				
Paga aluguel	7(3,4)				
Própria-paga prestação	8(3,9)				
Cedida-sem aluguel	7(3,4)				
Outra situação	14(6,8)				
Como avalia sua memória atualmente					
Excelente	4(1,9)				
Muito boa	13(6,3)				
Boa	64(31,1)				
Regular	95(46,1)				
Ruim	18(8,8)				
Péssima	12(5,8)				
Comparação do estado da memória com um ano atrás					
Melhor	29(14,1)				
Igual	112(54,4)				
Pior	65(31,5)				

Legenda: \bar{x} = Média, \pm = Desvio padrão, IC95%= Intervalo de confiança, Min - Max= Mínima e Máxima. (*) O salário mínimo (SM) vigente no período de coleta era de R\$ 880,00. (**) Múltipla escolha

As morbidades mais referidas pelas entrevistadas, por ordem de frequência (Tabela 3), foram: hipertensão arterial (68,8%), seguida de problemas de coluna (63,9%), artrite e visão prejudicada, ambas com 54,1%, doença vascular (53,7%) e osteoporose (46,8%). Os medicamentos mais citados por elas destinaram-se ao tratamento da hipertensão arterial (66,3%), artrite (32,2%), osteoporose e visão prejudicada, ambas com 27,8%, problemas de coluna (26,8%) e diabetes *mellitus* (22,4%).

Tabela 3 - Distribuição percentual de morbidades e uso de medicamentos na população do estudo. Teresina/PI, 2016. (n=206)

Variáveis*	% de morbidades	Uso de medicamentos
	n(%)	n(%)
Anemia	17(8,3)	9(4,4)
Ansiedade	53(25,9)	24(11,7)
Artrite	111(54,1)	66(32,2)
Asma brônquica	7(3,4)	3(1,5)
Audição prejudicada	46(22,0)	5(2,4)
Câncer	4(2,0)	2(1,0)
DPOC	1(0,5)	1(0,5)
Diabetes mellitus	46(22,4)	46(22,4)
Depressão	37(18,0)	26(12,7)
Derrame	13(6,3)	9(4,4)
Cardiopatias	26(12,7)	20(9,8)
Doença gastrointestinal	64(31,2)	44(21,5)
Doença vascular	110(53,7)	6(2,9)
Doença neurológica	5(2,4)	2(1,0)
Hipertensão arterial	141(68,8)	136(66,3)
Incontinência urinária	19(9,3)	4(2,0)
Obesidade	44(21,5)	1(0,5)
Osteoporose	96(46,8)	57(27,8)
Prisão de ventre	40(19,5)	11(5,4)
Problemas de coluna	132(63,9)	55(26,8)
Visão prejudicada	111(54,1)	57(27,8)
Outras doenças	26(12,7)	12(5,9)

* Resposta múltipla

4.1.2 Prevalência e fatores associados aos sintomas depressivos na amostra estudada

Na Tabela 4, pode ser observado que a prevalência de sintomas depressivos na amostra estudada foi 16%, sendo 14,1% com sintomas leves ou moderados e 1,9% com sintomas graves.

Tabela 4 - Prevalência de sintomas depressivos na amostra do estudo. Teresina/PI, 2016. (n=206)

Sintomas depressivos	N	%	I.C. 95%(*)	Erro padrão
Ausência	173	84,0	78,7;88,3	2,7
Presença	33	16,0	11,2;22,2	2,7
Sintomas leves ou moderados	29	14,1	9,7;18,4	2,2
Sintomas graves	4	1,9	0,1;4,4	1,0

(*) Intervalo de Confiança de 95%

Quando realizado cruzamento da Escala de Depressão Geriátrica - versão reduzida (EDG - 15) com as variáveis categóricas independentes do estudo, observou-se associação estatisticamente significativa para variável relativa à organização familiar na moradia ($p=0,05$) e na comparação da condição econômica com outras pessoas que tenham a mesma idade ($p=0,03$) (TABELA 5).

Tabela 5 - Associação dos sintomas depressivos com as variáveis sociodemográficas e condições de saúde das mulheres idosas. Teresina/PI, 2016. (n=206)

Variáveis independentes	EDG		p-valor*
	Ausência de sintomas depressivos n(%)	Presença de sintomas depressivos n(%)	
Cor da pele			0,06
Parda/ Amarela / Indígena	117(84,2)	22(15,8)	
Branca	24(72,7)	9(27,3)	
Preta	32(94,1)	2(5,9)	
Local de nascimento			0,97
Cidade	52(83,9)	10(16,1)	
Interior	121(84,0)	23(16,0)	
Estado civil			0,70
Casada	69(85,2)	12(14,8)	
Solteira/ separada/ viúva /divorciada	104(83,2)	21(16,8)	
Com quem mora (arranjo domiciliar)			0,93
Sozinha	15(83,3)	3(16,7)	
Acompanhada	158(84,0)	30(16,0)	
Organização familiar na moradia			0,05
Idosa veio morar na casa	32(74,4)	11(25,6)	
Outros vieram morar com a idosa	50(89,3)	6(10,7)	
Religião			0,42
Católica	127(85,2)	22(14,8)	
Protestante/ evangélica	46(80,7)	11(19,3)	
Serviço de saúde que mais utiliza			0,06
SUS	132(81,5)	30(18,5)	
Convênios/ particular/ farmácia	41(93,2)	3(6,8)	
Avaliação da própria condição econômica atual			0,65
Muito boa/ boa	51(82,3)	11(17,7)	
Regular/ ruim/ péssima	122(84,7)	22(15,3)	
Comparação da condição econômica com outras pessoas que tenham a mesma idade			0,03
Melhor	74(89,2)	9(10,8)	
Igual	86(83,5)	17(16,5)	
Pior	13(65,0)	7(35,0)	

Continua...

Variáveis independentes	EDG		p-valor*
	Ausência de sintomas depressivos n(%)	Presença de sintomas depressivos n(%)	
Como avalia sua memória atualmente			
Excelente/ muito boa/ boa	72(88,9)	9(11,1)	0,12
Regular/ ruim/ péssima	101(80,8)	24(19,2)	
Comparação do estado da memória com um ano atrás			
Melhor	23(79,3)	6(20,7)	0,32
Igual	98(87,5)	14(12,5)	
Pior	52(80,0)	13(20,0)	

Legenda: *O p valor foi obtido pelo teste de qui-quadrado. O nível de significância estatística foi fixado em $p \leq 0,05$

Quando realizado cruzamento da EDG - 15 com as variáveis numéricas: idade, quantas pessoas moram na casa, filhos vivos, escolaridade em anos de estudo, renda da idosa em SM, renda familiar em SM e tempo de aposentada em anos, verificou-se correlação muito baixa, mas estatisticamente significativa, com tempo de aposentada ($r=0,2$; $p=0,02$) (TABELA 6).

Tabela 6 - Análise de correlação entre a EDG e as variáveis independentes numéricas do estudo. Teresina/PI, 2016. (n=206)

Variáveis independentes	EDG		
	n	p-valor*	R
Idade	206	0,09	0,1
Quantas pessoas moram na casa	206	0,10	-0,1
Filhos vivos	206	0,11	0,1
Escolaridade (anos de estudo)	206	0,08	-0,1
Renda da idosa em SM	206	0,33	0,0
Renda familiar em SM	206	0,27	0,0
Tempo de aposentada (em anos)	206	0,02	0,2

Legenda: *O p-valor foi obtido pelo teste Spearman. A significância estatística foi fixada em $p \leq 0,05$. r = Coeficiente de correlação.

No cruzamento entre a variável cor da pele e a EDG - 15, observou-se que a cor branca apresentou seis vezes mais chances de desenvolver sintomas depressivos (OR=6,0; IC95% 1,1-30,3) comparando com a cor preta. Na comparação da condição econômica com outras pessoas que tenham a mesma idade e a EDG - 15, observou-se que a categoria pior apresentou 12,1 vezes mais chances de desenvolver sintomas depressivos (OR=12,1 IC95% 1,8-79,9) comparado com a categoria melhor (TABELA 7).

Tabela 7 - Regressão Logística dos sintomas depressivos com dados socioeconômicos e condições de saúde de mulheres idosas. Teresina/PI, 2016. (n=206)

Variáveis independentes	EDG		
	O.R. (ajustado)	p-valor	IC95%
Idade	1,0	0,63	0,95;1,1
Quantas pessoas moram na casa	0,8	0,15	0,66;1,1
Filhos vivos	1,0	0,99	0,85;1,1
Escolaridade (anos de estudo)	0,95	0,68	0,86;1,1
Cor da pele			
Parda/ Amarela / Indígena	3,0	0,15	0,6;13,5
Branca	6,0	0,03	1,1;30,3
Preta(*)			
Organização familiar na moradia			
Idosa veio morar na casa			
Outros vieram morar com a idosa	0,34	0,06	0,1;1,1
Serviço de saúde que mais utiliza			
SUS			
Convênios/ particular/ farmácia(*)	2,9	0,20	0,5;15,5
Comparação de condição econômica com outras pessoas que tenham a mesma idade			
Melhor(*)			
Igual	3,9	0,06	0,9;16,7
Pior	12,1	0,01	1,8;79,9
Como avalia sua memória atualmente			
Excelente/ muito boa/ boa(*)			
Regular/ ruim/ péssima	3,9	0,06	0,9;16,7

Legenda: O.R.= Odds Ratio ajustado, IC95%= Intervalo de confiança de 95% (*)= Categoria de referência. O p valor foi obtido pela Regressão logística.

4.2 Apresentação dos dados relativos à fase qualitativa

Nesta seção, estão apresentadas as categorias referentes à fase qualitativa do presente estudo. Em conformidade com a metodologia proposta, esta ocorreu após a coleta quantitativa dos dados e foi limitada às mulheres idosas que apresentaram sintomas depressivos na Escala de Depressão Geriátrica – versão reduzida (EDG - 15).

Este processo possibilitou que fosse delimitado um grupo de 33 mulheres idosas com sintomas depressivos, das quais 29 apresentaram sintomas leves ou

moderados e 4 graves. Acrescenta-se que no retorno aos domicílios para realização das entrevistas, em seguimento aos preceitos metodológicos, foram excluídas do estudo seis idosas: duas por mudança de endereço, três negaram-se participar desta fase da coleta de dados e uma que após duas visitas agendadas, em dias e horários diferentes, não se encontrava no domicílio. Portanto, foram entrevistadas 27 participantes. As entrevistas foram conduzidas nos domicílios das idosas e tiveram duração que variou de 30 a 60 minutos.

Concluídas as entrevistas, as gravações foram transcritas de acordo com as falas das participantes. Cada entrevistada foi identificada através de numeração que variou de 1 até 27. Seguidas as etapas propostas por Minayo (2007) para operacionalização da análise temática, formularam-se três categorias relacionadas ao desencadeamento de sintomas depressivos, quais sejam: Abandono, solidão e desprezo; Perdas e preocupações familiares; e Doenças presentes.

5 DISCUSSÃO

5.1 Discussão dos dados relativos à fase quantitativa

5.1.1 Caracterização sociodemográfica e condições de saúde da amostra estudada

O envelhecimento populacional, no Brasil, tem ocorrido de maneira rápida, acarretando mudanças no perfil sociodemográfico, epidemiológico, sanitário e previdenciário da sociedade. De acordo com o censo de 2010, o número de pessoas com 60 anos e mais de idade correspondia a 10,8% da população, sendo uma relação de 96 homens para cada 100 mulheres, ou seja, predominância feminina nesta composição (IBGE, 2010).

A percepção da feminização da velhice parece manifestar-se como ocorrência mundial. Pesquisas desenvolvidas na Coreia e em Singapura, com idosos, identificaram que 56,6% e 55,3% das amostras eram, respectivamente, compostas por mulheres (SHIN *et al.*, 2012; WEE *et al.*, 2014).

Em estudos nacionais, realizados com idosos cadastrados na Atenção Básica, tem sido observado o predomínio da população feminina, conforme publicações de diferentes autores, dispostas em ordem decrescente: 77,0% (FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, 2010); 69,4% (OLIVEIRA *et al.*, 2012); 69,0% (ALVARENGA *et al.*, 2011); 68,5% (SOUZA *et al.*, 2013); 66,7% (PEDRAZZI *et al.*, 2010); 63,9% (BORGES *et al.*, 2013) e 62,8% (BRETANHA *et al.*, 2015).

No grupo amostral do presente estudo, foi observado que a média de idade correspondeu a 70,5 anos ($\pm 7,2$), sendo que a maioria das mulheres idosas se situava na faixa etária de 60 a 70 anos. Estes dados assemelham-se aos obtidos em diferentes pesquisas realizadas no Brasil, dentre elas Sousa e Silver (2008), Duarte *et al.* (2013), Silva e Borges (2014), representando característica do recente processo de envelhecimento brasileiro.

Pesquisa realizada com 1.042 mulheres idosas de Macau, na China, identificou que a média de idade foi 71,4 anos ($\pm 7,4$), dados que muito se assemelham aos do presente estudo (CHAN; ZENG, 2009). É provável que esta similaridade decorra do fato de que somente recentemente a China vem ganhando *status* de país desenvolvido, mantendo, ainda, muitas características populacionais dos países considerados em desenvolvimento, a exemplo do Brasil.

Na variável cor da pele, a maioria das participantes se autorreferiram como pardas. Como suporte a este achado, incluem-se os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), em que a declaração da cor ou raça apresentou comportamentos regionais distintos, a exemplo, do Nordeste, em que 62,5% da população autodeclarou-se parda, seguida de 27,7% branca; 9,3% preta e 0,5% indígena e amarela (IBGE, 2012).

Ao serem questionadas sobre o local de nascimento, 69,9% das participantes responderam ter nascido em municípios do interior do Piauí. Dado semelhante foi encontrado na pesquisa de Sousa e Silver (2008), com 60,7% das entrevistadas afirmando que eram naturais de municípios do interior do Rio de Janeiro. Desta forma, o processo de migração para os grandes centros urbanos manifesta-se em ambos os estudos, entretanto, existe maior percentual quando se trata do primeiro grupo amostral. Tal fato pode ser explicado pelas características socioeconômicas distintas dos municípios do interior do Piauí, comparativamente com os do Rio de Janeiro.

Quanto ao estado civil, observou-se maior proporção de mulheres idosas casadas, seguida das viúvas. Embora com valores ligeiramente superiores aos encontrados nesta pesquisa, Doimo, Derntl e Lago (2008) identificaram que 44,0% das idosas do estudo por eles realizado eram casadas, seguida das viúvas, com 40,0%.

Na PNAD, o estado civil da população feminina, de 60 anos e mais, nordestina, correspondeu a 39,7% de casadas, seguida de 39,2% viúvas; 13,7% solteiras e 7,4% divorciada/desquitada/separada (IBGE, 2012). Estes dados são muito semelhantes aos do presente estudo.

Entretanto, estudo internacional de Chan e Zeng (2009) identificou dados relativos ao estado civil diferentes daqueles de pesquisas realizadas nacionalmente, evidenciando que 50,5% das idosas eram divorciadas/outros, seguida de 48,2% casadas e, apenas, 1,2% solteiras. É possível que a evolução sociocultural que caracteriza a população do trabalho citado apresente peculiaridades distintas, sobretudo, quando se trata de associatividade dos idosos, além da menor ocorrência de mortes violentas entre o sexo masculino.

Em relação à variável quantidade de pessoas que moram com a idosa, na presente investigação, a média foi de 3,5 pessoas ($\pm 1,8$). No estudo de Duarte *et al.* (2013), 24,1% das entrevistadas afirmaram residir com quatro pessoas. É importante

considerar que a densidade domiciliar se configura como um dos indicadores da qualidade de vida da população, em destaque, da idosa (SOUSA; SILVER, 2008).

No estudo ora apresentado, especificamente, na variável arranjo domiciliar, observou-se que a maioria era formada por idosas que residiam com outras pessoas (categoria outros), seguido do arranjo morar somente com os filhos. Pedrazzi *et al.* (2010) identificaram que 24,5% das idosas moravam com outras pessoas (categoria outros) e 20,4% somente com o(s) filho(s). Embora se verificando diferentes percentuais, a similaridade dos dados manifesta-se quanto ao predomínio daquelas idosas que residiam com outras pessoas sobre as que moravam com os próprios filhos.

Contrariamente, no estudo de Duarte *et al.* (2013), foram identificados que 30,1% das idosas moravam com familiares, especialmente, em um arranjo trigeracional, ou seja, idosa/filho(a)/neto(a), enquanto que 24,1% moravam com outras pessoas. Isto denota características distintas entre as três populações estudadas, ficando evidente que os laços familiares predominaram, de forma significativa, no estudo de Duarte *et al.* (2013) e possível dissociação entre familiares ou até mesmo a carência deles na população de idosas das outras investigações.

O arranjo domiciliar é fundamental para este grupo populacional, tanto no que se refere à necessidade de compartilhar momentos, cotidiano e estabelecer relações familiares, quanto pela necessidade de cuidados ao longo do processo de envelhecimento. Como suporte à importância da coabitação com familiares, menciona-se a publicação de Chan e Zeng (2009) que, em seu estudo, encontraram 63,6% das idosas morando com parentes, seguida de 21,0% com cônjuge, enquanto que 15,4% residiam sozinhas. Este trabalho, por ter sido realizado em população com cultura milenar que, reconhecidamente, valoriza os idosos, representa uma filosofia propositiva para a população brasileira, em que o idoso é relegado geralmente ao espaço de pessoas desatualizadas e, possivelmente, incapazes de contribuir para construção de novas ideias no âmbito familiar e laboral.

Nesse contexto, considera-se oportuno mencionar estudo internacional que avaliou a rede de apoio social de idosos em três diferentes sociedades, sendo elas: latino-americana (Costa Rica), latino-europeia (Espanha) e anglo-saxã (Reino Unido), por mostrarem modelos distintos de arranjos domiciliares. A Costa Rica caracteriza-se pelo modelo intergeracional, ou seja, entre gerações, enquanto que

no modelo britânico, há grande independência dos idosos e o apoio social é transmitido por arranjos compostos por não familiares. Na sociedade espanhola, observa-se modelo intermediário comparada às outras duas realidades. Salienta-se que a Costa Rica apresenta redes de apoio familiares mais fortes, tendo menos de 10,0% dos idosos vivendo sozinhos comparado com 33,0% dos britânicos e 23,0% dos espanhóis (PUGA *et al.*, 2007).

No que diz respeito à variável chefe/responsável pelo domicílio, foi observado, no estudo em epígrafe, que grande parte das moradias era chefiada pela própria idosa. Para Pedrazzi *et al.* (2010) e Duarte *et al.* (2013), estes percentuais corresponderam a 40,8% e 48,8%, respectivamente. Embora, ambos reflitam a importância da feminização da velhice, também no componente provedor, este se manifesta de forma muito mais expressiva na presente pesquisa, demonstrando o destaque do papel da mulher idosa no seio da família.

Na variável organização familiar, a maioria das idosas respondeu a categoria não se aplica, enquanto 27,2% delas receberam outras pessoas do seu núcleo familiar ou de amizade para morar. O significado destas manifestações representa a possível condição de manutenção de mesmo endereço residencial anterior ao processo de envelhecimento. Este dado, embora, apresentando percentual superior, assemelha-se ao encontrado no estudo de Duarte *et al.* (2013), em que 43,3% das entrevistadas afirmaram residir no mesmo endereço há trinta anos ou mais, demonstrando que a organização familiar ocorreu sem mudança de endereço.

Em relação à quantidade de filhos vivos, observou-se que a média foi de 5,2 ($\pm 2,9$). Esses números representam quantitativo expressivo de filhos vivos, que corresponde ao predomínio de prole numerosa na população estudada, característica do período reprodutivo próprio das mesmas, quando se constatava taxa de natalidade elevada. Apesar disso, no grupo em estudo, observou-se percentual pequeno (17,0%) de idosas que moravam com os próprios filhos.

De acordo com os dados demográficos do IBGE (2008), as famílias estão tendo cada vez menos filhos. Foi observado que, em 1960, a média era de seis filhos por mulher, enquanto que, em 2000, foi de 2,39 filhos e as estimativas indicam que a fecundidade limite brasileira será de 1,5 filhos por mulher, por volta de 2028.

Relativo à variável religião, a maioria das idosas afirmou ser católicas. Quando comparado aos resultados do estudo de Sousa e Silver (2008) que

menciona 58,7% de idosas católicas, tem-se que o catolicismo é significativamente mais professado no Estado do Piauí.

O Brasil é considerado a maior nação católica do mundo, característica herdada do processo histórico de colonização do país e do atributo estabelecido de religião oficial do Estado até a Constituição da República de 1891. Entretanto, tem sido observado, nas últimas duas décadas, contínua redução dos católicos em comparação a outras religiões, embora permanecendo majoritária; em paralelo, consolidou-se o crescimento daqueles que professam a religião evangélica. O contingente populacional de católicos teve redução em todas as grandes regiões do Brasil, mantendo-se mais elevada no Nordeste e Sul, com 72,2% e 70,1%, respectivamente (IBGE, 2010a).

Em relação aos serviços de saúde que as idosas participantes do presente estudo utilizavam, a maioria afirmou ser o Sistema Único de Saúde – SUS. Com percentual menor, no estudo de Duarte *et al.* (2013), 60,2% das entrevistadas, também, utilizavam o SUS. Nessa escala decrescente, menciona-se estudo realizado com idosas octogenárias de Uberaba-MG, que identificou 50,0% delas eram assistidas pelo SUS, seguido pelos convênios particulares, com 28,1% (SOARES *et al.*, 2009). Tais diferenças percentuais relacionadas à assistência a saúde poderiam ser explicadas por diferentes patamares de condições socioeconômicas, em que aquelas de menor poder aquisitivo dependem mais do sistema público.

Em relação à escolaridade, observou-se que a média de anos de estudo das participantes foi de 5,5 anos ($\pm 3,8$). Parcela considerável das idosas não possuía escolaridade.

Na região Nordeste do Brasil, foi observado, na PNAD, que mulheres com 60 anos ou mais de idade apresentaram média de 3,4 anos de estudo (IBGE, 2012), percentual inferior ao encontrado no presente trabalho.

Sousa e Silver (2008) e Silva e Borges (2014) relataram percentuais de 49,3% e 47,8%, respectivamente, de idosas sem escolaridade. Embora, esses estudos façam referência a percentuais superiores aos dados da presente pesquisa, apresenta-se similaridade quanto aos elevados índices da baixa escolaridade das populações estudadas.

O nível de escolaridade das idosas do presente estudo foi considerado baixo. Entretanto, é importante destacar que essas mulheres nasceram e cresceram

em um período cuja dificuldade de acesso à educação era muito grande, a prioridade era para os homens, além da falta de incentivo dos pais. Historicamente, o papel da mulher é de cuidar da casa, do marido e dos filhos, o que também contribuiu para dificultar o ingresso desta à escola (BUAES, 2007; MORAIS; PIRES, 2007; SOUSA; SILVER, 2008; TURATTI, 2012).

O analfabetismo interfere nas condições de vida dos idosos, em especial da mulher, com reflexo nos níveis encontrados de desigualdades sociais e econômicas no Brasil. De acordo com a PNAD, a faixa etária de 60 anos ou mais de idade foi a que apresentou maior taxa de analfabetismo, com 24,4% (IBGE, 2012). Desta forma, o grande número de pessoas analfabetas no país endossa a ideia de uma rede de serviços sociais ineficiente durante toda a vida, sendo esta observada em outros aspectos, como habitação, cultura, saúde e renda.

Quanto à renda da idosa, no presente estudo, expressa em salário mínimo (SM), a média encontrada foi de 1,4 SM ($\pm 0,9$). Na variável renda familiar, a média foi de 2,8 SM ($\pm 1,8$). Se considerado o meio em que vivem, constata-se que a contribuição financeira das mulheres idosas representa percentual importante na renda de suas famílias ou das pessoas com quem convivem, colocando-a em posição de destaque como provedora.

Valores inferiores aos encontrados no presente estudo foram relatados por Sousa e Silver (2008). Esses autores descrevem, para as idosas, rendimento mensal médio de 0,96 SM ($\pm 0,72$), sendo que 22,0% das participantes não referiram obtenção de renda e 62,3% possuíam renda de até um SM. Com relação à renda familiar, a média foi de 1,86 SM ($\pm 1,14$), com destaque para o fato de que 38,0% das famílias das idosas tinham rendimentos de até um SM.

Podem ser considerados valores baixos os rendimentos médios encontrados no presente estudo, quando comparados a outros dados de pesquisa, constata-se situações socioeconômicas ainda mais desfavoráveis, como a relatada por Sousa e Silver (2008). Tal situação põe em destaque o fato de que a pobreza representa agravante importantíssimo, principalmente, quando é reconhecida a necessidade de custos aumentados, seja destinado à compra de medicamentos, seja à própria aquisição de alimentos nesta faixa etária.

Embora as mulheres apresentem maior longevidade, são mais vulneráveis e influenciadas pelas possibilidades oferecidas pelo contexto social, histórico e cultural em que estão inseridas, o que contribui para a baixa remuneração

desse seguimento populacional. Reflexo dessa realidade pode ser observado quando se trata de anos de estudo e remuneração. Nesses casos, as mulheres, em destaque as idosas, tendem a estudar menos, serem mais pobres e receberem salários mais baixos (BUAES, 2007; PUSKULIN *et al.*, 2011; TURATTI, 2012).

A principal fonte de renda das participantes do presente estudo foi a aposentadoria, seguida da pensão. Neste grupo, a média de anos de aposentada foi de 11,9 anos ($\pm 7,8$).

Nas pesquisas de Soares *et al.* (2009) e Duarte *et al.* (2013) 61,6% e 74,1% das idosas, possuíam como principal fonte de renda a aposentadoria, seguida da pensão, com 32,8% e 25,9%, respectivamente. Esses dados se assemelham aos encontrados no presente estudo.

De acordo com Bretanha *et al.* (2015), a renda configura-se como elemento importante para preservação da autonomia do idoso, em especial da mulher. A inatividade econômica ou a baixa renda podem impossibilitar o acesso aos bens e serviços de saúde, o que prejudicaria a manutenção do tratamento de doenças crônicas e incapacitantes, próprias do processo de envelhecimento, refletindo diretamente na qualidade de vida da pessoa idosa.

Estudo internacional, realizado com 913 idosos da Turquia, também, evidenciou a importância dos recursos financeiros para este grupo populacional, pois a renda possibilita sua participação em atividades socioculturais, como viagens, compras, além de leitura de livros e jornais, favorecendo envelhecimento ativo por propiciar maior autonomia financeira para atender às necessidades. Contrariamente, níveis econômicos baixos restringem a relação do idoso com a vida social, gerando solidão, isolamento e, conseqüentemente, surgimento de sintomas depressivos (AYLAZ *et al.*, 2012).

O presente estudo avaliou, ainda, a percepção das idosas em relação à condição econômica atual, à época da pesquisa, e comparada à de outras pessoas da mesma idade. Para a primeira, 53,4% delas consideraram ser regular, enquanto, para a segunda, 50,0% consideraram estar em uma situação igual.

Sobre esses indicadores, a literatura consultada apontou estudo que foi realizado com idosos apresentando ou não indicativo de depressão e fazendo referência, exclusivamente, à satisfação com a condição econômica em relação às necessidades básicas, sem compará-las a de outras pessoas da mesma idade. A

resposta regular por eles apresentada correspondeu a percentuais de 50,5% e 45,2%, respectivamente (RODRIGUES *et al.*, 2014).

As atividades realizadas por idosas que compõem o grupo amostral do presente estudo têm predominância naquelas consideradas domésticas. Este fato pode estar relacionado a alguns fatores individuais da amostra, como a maioria das idosas encontrava-se na faixa etária de 60 a 70 anos idade e não possuía escolaridade. Desta forma, o ambiente doméstico representou o local que elas passavam a maior parte do tempo e desenvolviam atividades diárias e necessárias a uma adequada manutenção do viver, tanto do ponto de vista fisiológico quanto no aspecto organizacional do ambiente.

No estudo de Doimo, Derntl e Lago (2008), a maioria (80,0%) das idosas informou ter exercido apenas a atividade de dona de casa até os 60 anos. Após esta idade, 68,0% delas continuavam a dedicar-se apenas às atividades domésticas. Estes autores acreditam que a manutenção dessas atividades tem caráter cultural, próprio dessa geração, em que à mulher cabia o papel de cuidadora do lar, dos filhos e do marido, enquanto ao homem recaía o papel produtivo, impondo, assim, um atributo de gênero para as tarefas domésticas.

Na variável moradia, a maioria das idosas possuía casa própria quitada. Embora, inferior ao encontrado na presente pesquisa, dados que muito se assemelham podem ser observados nos estudos de Soares *et al.* (2009) e Pedrazzi *et al.* (2010), em que 60,0% e 67,3%, respectivamente, das entrevistadas afirmaram residir em casa própria quitada.

Questionadas sobre como avaliam a memória atualmente, 46,1% das mulheres participantes do presente estudo afirmaram estar regular. Quando foi comparado com o estado da memória de um ano atrás, 54,4% consideraram-na igual. Tal condição é comumente observada em pessoas idosas, uma vez que existe tendência à preservação maior da memória quando relativa a fatos antigos e, ligeiramente, reduzidos para fatos recentes.

Aspectos postos em relevo pelas integrantes do presente estudo vinculam-se à manifestação ou ao aparecimento de enfermidades capazes de influenciarem as condições de bem-estar nesta fase de suas vidas. Neste contexto, foram autorreferidas pelas idosas como mais prevalentes a hipertensão arterial, seguida de problemas de coluna, artrite, visão prejudicada, doença vascular e osteoporose. A utilização de medicamentos também esteve associada às

enfermidades citadas, à exceção dos disponibilizados para o tratamento do diabetes *mellitus*.

Ao analisar os dados do presente estudo, identificou-se que essa condição esteve presente em outros trabalhos, assim como em publicação do IBGE (2009), em que 75,5% dos idosos declararam possuir alguma doença crônica e ou degenerativa, sendo 69,3% entre os homens e 80,2% entre as mulheres, além do uso de medicamentos para tais doenças.

A justificativa provável para estas observações pode decorrer da condição de que as mulheres buscam, mais frequentemente, atendimento à saúde, o que lhes possibilita diagnóstico mais precoce (SOARES *et al.*, 2009).

Não diferindo das observações divulgadas em estudos nacionais, publicações internacionais, também, referenciam que os idosos, em especial as mulheres, são portadores de múltiplas morbidades, em destaque as doenças crônico-degenerativas, o que pode interferir na qualidade de vida e longevidade desse grupo populacional (BAERNHOLDT *et al.*, 2012; AYLAZ *et al.*, 2012; SHIN *et al.*, 2012; ALMEIDA, 2014; TORRES *et al.*, 2014).

Para Silva e Borges (2014), as morbidades mais prevalentes e autorreferidas pelas idosas seguiram a ordem decrescente: problemas de visão (82,0%), hipertensão arterial (74,1%), problema de coluna (53,7%) e artrite (24,9%). Destaca-se que 91,7% das participantes afirmaram fazer uso de medicamentos, sendo os anti-hipertensivos os mais utilizados por elas, com 74,0%.

Pimenta *et al.* (2015), ao avaliarem o perfil da população idosa assistida pela ESF de Teófilo Otoni-MG, identificaram que 68,8% era do sexo feminino. Constataram, ainda, que 69,9% dos participantes referiram ter hipertensão arterial, seguidos de problema de coluna (24,9%), diabetes *mellitus* (17,7%), osteoporose (13,2%) e artrite/artrose (10,9%). Acrescenta-se que 76,1% dos participantes faziam uso de medicamentos para as doenças autorreferidas.

Comparando-se as diferentes enfermidades referidas nas diversas publicações, observa-se que a Hipertensão Arterial (HA) foi citada como primeira ou segunda doença crônica mais mencionada pelos idosos. Esta doença é um importante problema de saúde pública no Brasil. Entretanto, não deve ser considerada como consequência natural do processo de envelhecimento, ainda que seja uma das maiores responsáveis pela redução da qualidade de vida e diminuição da longevidade nesse grupo populacional. Assim, a HA configura-se como um dos

principais fatores de risco para o desenvolvimento de outras doenças crônico-degenerativas ou a ela associadas, a exemplo do diabetes *mellitus*, doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, além de ser causa de mortes por acidente vascular cerebral e doença arterial coronariana (PIMENTA *et al.*, 2015).

Ao considerar que tanto a doença quanto o uso dos medicamentos estão presentes na vida e no cotidiano dos idosos, em especial da mulher, atenção deve ser dada ao uso dos vários tipos de remédios por este grupo populacional. Esta prática, denominada de polifarmácia, pode contribuir para o desencadeamento de reações indesejáveis, muitas vezes, ocasionadas pela complexidade do regime terapêutico, o excesso de medicamentos prescritos, o longo tempo de tratamento, o déficit e a dificuldade de assimilação das informações e orientações da prescrição tanto por parte do idoso como da família e do cuidador (SANTOS *et al.*, 2009; DALACORTE; RIGO; DALACORTE, 2011; OZAKI *et al.*, 2015).

Considera-se oportuno mencionar que, embora com percentual inferior ao das doenças crônicas citadas, a depressão foi autorreferida por 18,0% das idosas do presente estudo, o que denota a necessidade da elaboração de pesquisas sobre esta entidade nosológica na população idosa.

5.1.2 Prevalência e fatores associados aos sintomas depressivos na amostra estudada

No presente estudo, a prevalência de sintomas depressivos foi de 16% (IC95% 11,2-22,2), sendo que 14,1% das idosas apresentaram sintomas leves ou moderados e 1,9% sintomas graves.

Em pesquisa realizada em João Pessoa-PB, que avaliou a sintomatologia depressiva autorreferida por idosos, foi observado que 69,4% da amostra era composta por mulheres. A prevalência de sintomas depressivos nas idosas foi de 29,9%, sendo que 25,7% delas apresentaram sintomas leves ou moderados e 4,2% severos (OLIVEIRA *et al.*, 2012). Estes autores constataram, ainda, que para cada homem, aproximadamente, 6,3 mulheres apresentam algum quadro depressivo nessa faixa etária, confirmando maior prevalência no sexo feminino.

Estudo transversal de base populacional, realizado com 1.593 idosos da zona urbana de Bagé-RS, verificou que 62,8% eram do sexo feminino. A prevalência

de sintomas depressivos nesta população foi de 18,0% (IC95% 16,1-19,9), dado que se assemelha ao encontrado no presente estudo (BRETANHA *et al.*, 2015).

Diferença importante na prevalência de sintomas depressivos no estudo de Bretanha *et al.* (2015) foi encontrada entre homens e mulheres, consistindo em 12,3% e 21,4%, respectivamente. Na análise bruta, a razão de prevalência no sexo feminino foi de 1,74 (IC95% 1,35 - 2,23) vezes maior do que no masculino.

Pesquisa epidemiológica do tipo transversal e de base domiciliar, com 1.656 idosos foi realizada em Florianópolis-SC (BORGES *et al.*, 2013). Neste grupo amostral, em que 63,9% eram mulheres, foi identificada prevalência de sintomas depressivos de 23,9% (IC95% 21,84 – 26,01), apresentando percentual superior ao encontrado no presente estudo. Salienta-se, ainda, que houve diferença na prevalência entre os sexos, sendo 19,8% nos homens e 26,3% nas mulheres. Na análise bruta, a razão de prevalência no sexo feminino foi de 1,27 (IC95% 1,05 – 1,54) vezes maior do que no masculino.

Outra pesquisa epidemiológica, também transversal, tendo como base 168 idosos da zona urbana de Campina Grande-PB, sendo a maioria composta por mulheres (72,6%), identificou prevalência de sintomas depressivos de 42,9% (IC95% 39,1 – 46,7), valor superior ao encontrado no presente estudo. Na análise bruta, a razão de prevalência no sexo feminino foi de 1,81 (IC95% 0,89 – 3,69) vezes maior do que no masculino (LOPES *et al.*, 2015).

Nassab e Allahviridiyani (2013) destacaram que a ocorrência de sintomas depressivos é duas vezes maior em mulheres do que em homens, sendo considerado um problema real e, também, mundial, com predomínio no sexo feminino.

Pesquisa transversal realizada com 482 idosos residentes em comunidades da zona urbana da Turquia evidenciou que 58,9% da amostra era composta por mulheres. A prevalência encontrada de sintomas depressivos nessa população foi de 18,5%, sendo 24,6% no sexo feminino e 9,6% no masculino, indicando significativamente maiores taxas de sintomas entre as mulheres em comparação aos homens (YAKA *et al.*, 2014).

Nesse contexto, as diferenças sociais, econômicas e culturais, além de variabilidade de número de indivíduos estudados e dos métodos empregados, podem desempenhar papel importante nas diferenças encontradas de prevalência dos sintomas depressivos nas idosas (HOFFMANN *et al.*, 2010).

Os dados referidos em diferentes estudos nacional e internacional demonstram a importância dos sintomas depressivos no grupo populacional de pessoas idosas, sendo considerado, em algumas regiões de nosso país, problema de saúde pública. Particularidades das informações relatadas dizem respeito ao maior predomínio das manifestações destes sintomas na população feminina, que atingem desde uma relação de 1,27 para 1 até 6,3 para 1, em relação ao sexo masculino. Tais fatos impõem a necessidade de tratar-se com diferença comportamental as manifestações depressivas no idoso, a partir dos profissionais de saúde, priorizando, de maneira mais efetiva, as mulheres, até porque, além da maior vulnerabilidade, apresentam, também, maior longevidade.

Vários são os fatores associados que podem contribuir para o aparecimento dos sintomas depressivos na população feminina, como violência doméstica, viuvez, sentimentos de solidão e abandono, perda de entes queridos e de status social, doenças crônicas e incapacitantes, além da limitação no acesso à educação, renda, trabalho e seguridade social (OLIVEIRA *et al.*, 2012; BORGES *et al.*, 2013; BRETANHA *et al.*, 2015).

Foi observada, no presente estudo, associação estatisticamente significativa para a variável organização familiar na moradia ($p=0,05$), sendo que 25,6% das idosas que foram morar na casa com outrem apresentaram maior presença de sintomas depressivos comparados com 10,7% das participantes que receberam no domicílio outras pessoas para morar com elas.

A diferença significativa da maior presença de sintomas depressivos no grupo de participantes que foram morar com outrem pode traduzir as adversidades vivenciadas neste grupo, presentes de forma mais expressiva do que em relação àquelas que permaneceram na própria casa. Embora existam aspectos comuns entre ambos, o significado das diferentes frequências de manifestações de sintomas depressivos representa a possível necessidade, naquelas que apresentaram mais sintomas, de maior cuidado, auxílio financeiro, apoio familiar e, principalmente, a valorização da permanência no próprio domicílio.

Pedrazzi *et al.* (2010) evidenciaram que a necessidade de auxílio, seja físico, afetivo ou financeiro, tem contribuído para que muitos idosos, em especial as mulheres, deixem de viver de forma independente para irem morar com as famílias ou outras pessoas de convívio.

Tal condição, às vezes, é resultado do acúmulo de perdas físicas, psicológicas, financeiras e sociais vivenciadas pelas mulheres ao longo da vida, o que pode estar relacionado ao aparecimento de sintomas depressivos na velhice (FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, 2006).

Em estudo desenvolvido com idosas mexicanas, foi verificado que mais de dois terços delas prefeririam continuar vivendo nos próprios domicílios na velhice, sendo que 11,0% destas escolheriam viver sozinhas. Quando questionadas sobre a preferência de morar sozinhas, as participantes mostraram-se preocupadas com a manutenção da autonomia, privacidade e independência (VARLEY; BLASCO, 2001).

A percepção da perda da autonomia e privacidade que podem surgir com a saída da idosa da própria moradia, além do sentimento de dependência, podem gerar insatisfação, tristeza, baixa autoestima e, conseqüentemente, surgimento de sintomas depressivos (FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, 2006; IRIGARAY; SCHNEIDER, 2007; MORAIS; PIRES, 2007).

Para Cunha *et al.* (2012), o fortalecimento da autonomia da pessoa idosa configura-se uma vertente central do envelhecimento saudável, assim como promover o direito à escolha e liberdade individual. Manter o cuidado, a dignidade e a integridade são fundamentais para a promoção da qualidade de vida.

A percepção da condição econômica individual é capaz de influenciar direcionamentos em qualquer fase da vida e pode representar impacto ainda mais expressivo em relação às pessoas idosas, diante das necessidades, cada vez maiores, relacionadas à automanutenção.

No presente estudo, foi observada associação estatisticamente significativa na variável comparação da condição econômica com outras pessoas que tenham a mesma idade ($p=0,03$). Dentre as categorias pior, igual ou melhor desta variável, a que mais apresentou sintomas depressivos foi a primeira, subseqüentemente a segunda e, por fim, a terceira.

De acordo com Souza *et al.* (2013), a autopercepção da condição econômica é indicador que avalia diretamente as necessidades básicas do indivíduo, por estar relacionada às possibilidades de acesso à alimentação, moradia, escolaridade, ao emprego, à utilização dos serviços de saúde e receptividade aos programas educacionais e sanitários.

Pesquisa longitudinal multicêntrica, conduzida com idosos em comunidade dos Estados Unidos, revelou que a autopercepção das necessidades

básicas como insatisfatória esteve associada ao aparecimento de sintomas depressivos (BLAZER; SACHS-ERICSSON; HYBELS, 2007).

Além do que foi mencionado, a condição econômica está diretamente relacionada à renda da mulher idosa que no presente estudo foi considerada relativamente baixa (1,4 SM; $DP \pm 0,9$) e advinda, basicamente, de aposentadorias e pensões, sendo necessária, algumas vezes, complementação financeira com trabalho próprio, além de ajuda dos filhos, familiares e ou amigos. Neste contexto, destaca-se que o baixo poder aquisitivo pode limitar o acesso das idosas aos cuidados alimentares e sociais, com ênfase para educação, saúde e lazer, o que pode comprometer, de forma significativa, a qualidade de vida (SOUZA *et al.*, 2013).

A renda baixa pode privar os idosos da assistência adequada à saúde, por dificultar a compra de medicamentos e manutenção dos tratamentos, além de interferir na própria independência e autonomia, contribuindo para o surgimento ou agravamento de sintomas depressivos (NOGUEIRA *et al.*, 2014).

Yaka *et al.* (2014) evidenciaram que percepção ruim ou muito ruim da condição econômica, pela pessoa idosa, constitui-se fator importante para o aparecimento de sintomas depressivos na velhice.

Borges *et al.* (2013) observaram associação estatisticamente significativa na presença de sintomas depressivos com a variável situação econômica do idoso comparada com a que tinha aos 50 anos. Nesse estudo, dentre as categorias pior, igual ou melhor desta variável, a que mais apresentou sintomas depressivos foi a primeira, com 32,0%. Na análise bruta, a razão de prevalência na categoria pior foi de 1,63 (IC95% 1,19 – 2,23) vezes maior do que a melhor. Assim, a percepção da perda econômica mostrou-se como fator associado aos sintomas depressivos em idosos.

Portanto, é possível inferir-se que as dificuldades econômicas, capazes de comprometer os meios de sobrevivência, acabam predispondo as idosas ao desenvolvimento de sintomas depressivos, podendo estar mais exacerbado quando comparado às outras pessoas da mesma idade, por gerar sentimentos de inferioridade, baixa autoestima, desesperança, tristeza, levando-a ao isolamento social e à solidão.

Observou-se, também, correlação positiva e ascendente entre a Escala de Depressão Geriátrica versão reduzida (EDG - 15) e a variável tempo de aposentada ($p=0,02$). Esta correlação pode ser explicada pelo fato de as mulheres

idosas vivenciarem, concomitantemente com a chegada da aposentadoria, mudanças biológicas, financeiras, psicológicas e de papéis sociais. Tal condição requer ajustamento nem sempre obtido, o que pode provocar o surgimento ou piora de sintomas depressivos.

Assim, a aposentadoria constitui-se transição importante do desenvolvimento humano, pois se configura como uma passagem de um tempo em que a pessoa se organizou em torno do trabalho, da independência financeira e da autorrealização profissional, para um tempo livre, às vezes dependente, com sentimento de incapacidade e sem valorização. Estes aspectos podem acarretar desorganização mais ou menos significativa na vida de quem os vivencia, requerendo condicionamento mental e social que a grande maioria das idosas não construiu nos anos que a antecederam (FÉLIX; CATÃO, 2013).

Fernandes, Nascimento e Costa (2010), ao analisar a ocupação dos idosos, encontraram que a maioria estava aposentada. Estes dados, que condizem com as normas sociais vigentes no Brasil, conduzem a pessoa idosa à aposentadoria e, conseqüentemente, à pouca acessibilidade ao mercado de trabalho formal, nessa fase da vida, uma vez que no imaginário sociocultural permeia a ideia de associação entre aposentadoria e invalidez. Estes autores acrescentam que a aposentadoria possui relação direta com a determinação de sintomas depressivos por aumentar a disponibilidade de tempo livre do idoso, reduzir os vínculos sociais (na maioria estabelecido no ambiente de trabalho) e provocar tensões negativas nas vidas destes sujeitos, gerando impactos nas esferas física e emocional, sendo esta última relacionada aos sintomas depressivos.

Em um país como o Brasil, que valoriza a beleza, a jovialidade e a rapidez nas ações em detrimento das habilidades e experiências alcançadas com o passar dos anos, os idosos, em especial as mulheres, passam a ser considerados de menor valia em diversos aspectos da vida. Esta realidade, acrescida às limitações próprias do processo de envelhecimento que, por sua vez, estão associadas ao tempo de aposentadoria, pode levá-las ao isolamento social, à solidão e ao surgimento ou agravamento dos sintomas depressivos.

Para Soares *et al.* (2009) e Duarte *et al.* (2013), à medida em que a idade aumenta diminuem as oportunidades de trabalho formal, reduzindo, conseqüentemente, os rendimentos. Em contrapartida, aumentam as chances da pessoa idosa de depender da aposentadoria e ou pensão, sendo os benefícios

previdenciários fatores determinantes para melhor ou pior qualidade de vida. Por estarem relacionados à própria sobrevivência das idosas, estes poderão influenciar no aparecimento, ou não, de sintomas depressivos.

Félix e Catão (2013) consideram que os anos de trabalho e convivência social permitem o acúmulo de experiências que provocam possibilidades de ressignificações de vida no processo de envelhecimento e da aposentadoria. As autoras citadas sugerem que orientações sobre a temática, bem como discussões de como lidar com perdas, trabalhando a manutenção de novos projetos, favorecem uma melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, reduzem o aparecimento ou agravamento de sintomas depressivos.

Para Yaka *et al.* (2014), idosos com maior grau de instrução podem preparar-se melhor para aposentadoria em razão de terem mais chances de alcançar a segurança financeira, permitindo-lhes participar de mais atividades sociais, além de construir novos vínculos de amizade, o que pode diminuir a taxa de depressão nesse grupo populacional.

As informações cotejadas da maioria dos trabalhos descrevem relação entre a velhice, o processo de aposentadoria e a manifestação de sintomas depressivos. Particularizam, neste mister, condições de isolamento social, limitações financeiras e, principalmente, falta da preparação individual para o enfrentamento de uma fase da vida em que o tempo, de forma inexorável, contribuiu para penalizá-la. Por outro lado, os órgãos destinados a prestar apoio às pessoas longevas, em especial em nosso país, não demonstram estarem preparados para o desempenho desta importantíssima função que é dar amparo à pessoa idosa, através de processos de associativismo, laborais ou não, mas que sejam decisivos na sua valorização e preventivo ao aparecimento de manifestações clínicas, psicológicas ou emocionais diversas, estabelecimento de diagnóstico e tratamento precoces de forma adequada.

Deveriam estar em curso medidas protetivas de grande importância para a pessoa idosa, em especial a mulher, principalmente, aquelas representadas pela expressão do acolhimento nas mais diversas formas, sejam através da valorização de manifestações individuais que lhe causam preocupação, ou daquelas percebidas pelo profissional que lhe proporciona assistência. Estas medidas podem ser feitas, simplesmente, pela disponibilização de um ouvido amoroso, ou ainda, pela

demonstração propositiva do amparo e de soluções para os problemas tão próprios a esta fase da vida.

A análise multivariada confirmou associação da variável comparação da condição econômica com outras pessoas que tenham a mesma idade com a Escala de Depressão Geriátrica versão reduzida (EDG - 15). Observou-se que a categoria pior apresentou 12,1 vezes mais chances de desenvolver sintomas depressivos comparado com a categoria melhor. Desta forma, reafirma-se o que já foi mencionado anteriormente sobre essa variável.

Quando realizado cruzamento entre a variável cor da pele e a EDG - 15, observou-se que a cor branca apresentou seis vezes mais chances de desenvolver sintomas depressivos comparando com a cor preta.

Estudo transversal, realizado com 102 idosos atendidos em ambulatório de geriatria de São Luís - MA, verificou que 71,6% eram do sexo feminino. Na variável cor da pele, foi relatada associação estatisticamente significativa, sendo que dentre as categorias branco, mulato ou negro desta variável, a que mais apresentou sintomas depressivos foi a última, com 93,8% (GONÇALVES; ANDRADE, 2010). Por oportuno, deve ser posto que os critérios de análise estatística foram representados, tão somente, pela distribuição percentual da frequência, além de inclusão de padrões cor da pele, diferentes dos preconizados pelo IBGE.

Na pesquisa de Bretanha *et al.* (2015), foi observada associação entre os sintomas depressivos e a variável cor da pele ($p=0,02$). Na análise bruta, a razão de prevalência na cor da pele amarela/parda/indígena foi de 1,47 (IC95% 1,12 – 1,94) vezes maior do que na branca. Deve ser sublinhado que embora estes autores tenham utilizado a mesma classificação da cor da pele que foi empregada no presente estudo, a metodologia de análise estatística, diferentemente deste, foi a razão de prevalência.

Estudo multicêntrico desenvolvido por Blazer, Sachs-Ericsson e Hybels (2007) identificou que vários são os fatores significativamente associados ao surgimento de sintomas depressivos, dentre eles a raça branca.

Contrariamente, nos estudos de Borges *et al.* (2013) e Nogueira *et al.* (2014), não foi observada associação estatisticamente significativa entre a presença de sintomas depressivos e a variável cor da pele, com p-valor de 0,18 e 0,63, respectivamente.

A diferença dos resultados obtidos por esses autores, comparativamente ao do presente estudo, que se presume não somente atribuível aos distintos processos metodológicos de análise estatística, podem encontrar respaldo no tocante às peculiaridades populacionais do grupo amostral por eles estudado, em região diversa desta pesquisa.

É importante ressaltar que as divergências encontradas nos estudos quanto à variável cor da pele podem, ainda, ser explicadas pelo fato de ser autorreferida pelos participantes. Além disso, a população brasileira é bastante miscigenada e, por muito tempo, a definição de cor foi motivo de escravidão, discriminação social e educacional, acesso reduzido aos serviços de saúde e tratamentos, afetando as condições de vida de grupos raciais específicos.

Outro fator que merece destaque diz respeito ao fato de cor e raça, frequentemente, serem consideradas como sinônimos e comumente serem utilizados critérios biológicos para sua descrição. A cor da pele é a característica mais utilizada para aplicação da variável raça na maioria das pesquisas em saúde, baseando-se apenas em achados físicos, o que pode resultar em erros de classificação por parte do observador.

Para Chor e Lima (2005), raça/cor constitui-se como importante constructo social que determina identidades, possibilita acesso a recursos e valorização na sociedade. A raça/cor quando interage com outros marcadores de posições sociais, como gênero, educação e renda, pode contribuir para menor ou maior exposição a diferentes riscos à saúde. Assim, características genéticas, diversidades culturais e diferenças socioeconômicas, acumuladas ao longo da vida, têm contribuído diretamente para explicar os fortes contrastes de morbimortalidade de acordo com a raça/cor.

Segundo Laguardia (2007), o uso de variável raça nos estudos epidemiológicos tem tido papel de destaque na identificação e documentação dos padrões de saúde entre determinados grupos populacionais, no controle de presumíveis fatores de risco potencialmente confundidores e na revelação de iniquidades em saúde.

No presente estudo, as variáveis organização familiar na moradia, comparação da condição econômica com outras pessoas que tenham a mesma idade, tempo de aposentada e cor da pele são fatores significativamente associados

ao desencadeamento de sintomas depressivos em mulheres idosas assistidas na Atenção Básica do município de Teresina-PI.

Dessa forma, é impositiva a elaboração de estratégias assistências que objetivem conjunto de medidas protetivas, preventivas, diagnósticas e terapêuticas indispensáveis a uma melhor qualidade de vida dos idosos, em especial das mulheres, tendo como responsáveis profissionais, em especial enfermeiros, engajados na atenção integral e humanizados às pessoas que envelhecem.

5.2 Discussão dos dados relativos à fase qualitativa

Conceitua Gomes (2007, p. 80) que a etapa de análise dos dados é o momento de “ir além do descrito”, decompondo-os e buscando relações entre eles; e que a discussão ou interpretação dos dados “busca os sentidos das falas” para se chegar a uma explicação sobre o que foi anteriormente analisado.

Em consonância com estes conceitos, a fase qualitativa do presente estudo foi construída a partir de informações prestadas pelo grupo amostral de 27 depoentes. Após o mapeamento dos dados obtidos através da técnica de entrevista, emergiram núcleos temáticos de informações convergentes para formação de três categorias de análise que apontaram como desencadeadores de sintomas depressivos sentimentos de Abandono, solidão e desprezo; Perdas e problemas familiares; e Doenças presentes.

É importante ressaltar que se buscou elaborar as análises, discussões e argumentações dos dados contidos nessas categorias temáticas apoiadas nos conceitos e nas concepções sobre envelhecimento feminino e sintomas depressivos, articulando-os com o referencial do Curso de Vida. Ao considerar a riqueza dos dados e, para efeito didático, cada categoria foi analisada separadamente.

5.2.1 Abandono, solidão e desprezo: desencadeadores de sintomas depressivos em mulheres idosas

A etapa metodológica de produção dos dados foi desenvolvida de forma satisfatória, tendo como cenário o domicílio das idosas, o que possibilitou maior segurança, tranquilidade e motivação para as participantes se expressarem sobre o

desencadeamento dos sintomas depressivos, vencendo tabus e preconceitos que surgem quando se aborda essa problemática.

A ambiência e a interação entre as mulheres idosas com a pesquisadora e os membros da equipe de pesquisa favoreceram a expressividade das depoentes. Portanto, de forma livre e positiva, o desencadeamento dos sintomas depressivos, da maioria delas, emergiu a partir de sentimentos, como abandono, solidão e desprezo.

Mediante os avanços das ciências em geral, da medicina preventiva, bem como das melhorias nas condições de vida, tem sido observado progressivo envelhecimento populacional. Porém, mais do que garantir aumento no quantitativo de idosos e na esperança média de vida, considera-se, hoje, como grande desafio, a obtenção de melhor qualidade de vida que passa por manter os idosos ativos, preenchendo a necessidade existencial e proporcionando-lhes sentido para viver.

Para Silva *et al.* (2014), o processo de envelhecimento é acompanhado por alterações físicas, psicológicas e sociais, capazes de provocar ansiedade, medo, insegurança, conflitos, sentimentos de abandono e solidão naqueles que envelhecem, podendo desencadear sintomas depressivos.

Os sentimentos de abandono e solidão manifestos nessa fase da vida são mais comuns do que se pensa e espera, sendo estabelecido no conceito capitalista da sociedade como o que não serve, joga-se fora e, portanto, contrários aos anseios e às expectativas da população idosa, não obstante a contribuição prestada durante toda a vida produtiva (BARROSO; TAPADINHAS, 2008).

O abandono e a solidão expressados pelas idosas do presente estudo estiveram relacionados ao viver sozinha, seja após a morte do cônjuge, de uma irmã, seja por não residir com outra pessoa, o que as impossibilitava de compartilhar vivências e experiências cotidianas.

Eu estava com uma irmã minha doente, ela veio a óbito e a gente nunca fica assim bem e aí eu estou tentando me recuperar. Era minha companheira porque eu vivia aqui só, tinha meu marido e ele morreu está com 2 anos e 3 meses. Aí, ela ficou sendo minha companheira e aí, agora, Deus levou. Me sinto só. (Depoente 1)

Me sinto só, porque eu precisaria de uma pessoa para compartilhar o que eu sinto, só que não precisa ser um homem, entendeu? A gente precisa de uma pessoa para conversar, para dividir ideias, para a gente ter diálogo e tudo, é isso que me falta. Às vezes, eu me sinto só. (Depoente 2)

As manifestações das depoentes do estudo traduziram um verdadeiro apelo à presença humana, alguém com disponibilidade para ouvir, trocar ideias, compartilhar. Em ambas as situações, a expressão foi a mesma: me sinto só. A companhia de que necessitam independe de idade, sexo, grau de parentesco e amizade. Quando tudo isto falta a alguém, certamente, irá contribuir para o adoecimento, não só nos aspectos físicos, mas, sobretudo, no âmbito emocional.

A desvalorização, indiferença, perda do afeto e do respeito dos filhos, também, foram expressos pelas participantes como desencadeadores da sintomatologia depressiva e geradores de sentimento de abandono, solidão e desprezo, além da baixa autoestima, como se observa nos discursos transcritos a seguir:

A gente se sente só (...) Me sinto abandonada por causa dos filhos. É um negócio, assim, os filhos que não ligam para gente. Eu até disse a eles, quando eu ficar mais idosa, eu vou para o abrigo dos velhos. Num vou ocupar nenhum deles. É muito ruim a gente só. (Depoente 3)

O que mais me marcou foi eu criar meus filhos com sacrifício e hoje em dia eles tudo adulto, criei sete filhos (...). Aí, hoje meus filhos tudo adulto em vez de eu ter apoio deles, eu só tenho é assim, como é, deles chegarem para mim e dizerem: eu lhe odeio, eu tenho nojo de você, você é uma velha imunda, é isso que mais me dói (...) Porque eu amo eles, fiz tudo na minha vida através desses filhos, e você ser xingada minha filha, dói demais, é só isso. O que mais me marcou foi meus filhos, eu criar eles com sacrifício e hoje em dia se revoltar contra mim. (Depoente 4)

A gente, hoje em dia, tem filho. A gente cria com todo sacrifício, batalhando e depois de criado ele não reconhece a gente como mãe, como governanta, como uma pessoa que sofreu para criar, aí quer levar assim como quem eu seja qualquer uma coisa (...) Eu para eles não sou nada, não sou nada, para eles eu não sou nada, sou uma coisa assim, que tanto faz eu viver para eles como eu morrer. (Depoente 5)

Os depoimentos das idosas, destacando o compromisso com a criação e educação dos filhos, posteriormente abandonadas e até rejeitadas por eles, traduziram o reconhecimento público do doloroso fracasso que se tornou suas vidas enquanto expectativas criadas com relação aos próprios filhos. Não é surpresa encontrar-se manifestações depressivas em pessoas que sofreram adversidades desta magnitude, principalmente, quando se trata de uma relação mãe e filho, no início com o compromisso efetivado de criá-los e, posteriormente, na relação

inversa, filho e mãe, quando os primeiros deveriam ter, no mínimo, o sentimento da aceitação nesta fase da vida da própria genitora.

O abandono da pessoa idosa, para Oliveira e Santos (2008), pode estar relacionado com a história de vida, as características individuais, bem como pela forma como foram construídas ou não, as relações interpessoais dela com familiares ao longo da existência e que, em virtude das fragilidades decorrentes do próprio processo de envelhecimento, tornam-se mais evidentes.

Para Morais *et al.* (2012), na atualidade, a pessoa idosa passa por inúmeras situações de descaso, desprezo, desrespeito, abandono e solidão, seja por serem consideradas improdutivas, seja por causa de conflitos familiares anteriores ou devido à falta de condições econômicas em mantê-los na residência de origem ou de uma pessoa da família que se dedique ao acompanhamento. Portanto, nem sempre a família exerce essa função ou cumpri com esta responsabilidade, gerando sentimentos de abandono, solidão e desvalia, capazes de desencadear os sintomas depressivos.

De acordo com Aylaz *et al.* (2012), a solidão pode surgir em qualquer fase da vida do ser humano, entretanto, é um problema típico das pessoas idosas. Esse sentimento leva ao aparecimento de outros, como medo, tristeza, ansiedade, além de pensamento negativo relativo a si e à vida, gerando comportamentos de isolamento social e desencadeamento de sintomas depressivos. Esses autores evidenciaram, ainda, que a solidão foi o fator de risco mais significativo para o surgimento de sintomas depressivos, ocasionando grande impacto na qualidade de vida dos idosos, em especial, nas mulheres.

Para Bispo (2016), a experiência da solidão não é um sentimento idiossincrático. Na verdade, tem origem nas tramas e nos conflitos provocados pela convivência de pessoas com outras pessoas ao longo de suas existências. Assim, estar só é um sentimento decorrente da vida em sociedade e não fruto de idiossincrasias aleatórias dos sujeitos.

Em divulgação de pesquisa etnográfica, a solidão foi expressa pela participante idosa como negativa, ruim e danosa por quem a vivencia, sendo considerada sentimento múltiplo, repleto de contatos sociais, de formas diferentes e que se atualiza justamente na diversidade das experiências sociais vividas (BISPO, 2016).

Esse pensamento está em sintonia com a perspectiva do referencial Curso de Vida, no qual as pessoas são moldadas por sua história, pela cultura, por encontros e desencontros, além de perdas e ganhos vivenciados ao longo da existência. Trata-se de um processo evolutivo e constante, resultado da interação e interdependência dos recursos da pessoa com os do ambiente, contribuindo para produzir um envelhecimento bem-sucedido ou não (BALTES, 1987).

Compreender que o indivíduo influencia o ambiente sócio histórico e por ele é influenciado, configura-se como pilar na perspectiva do Curso de Vida. Portanto, o desenvolvimento do ser humano integra distinções temporais, contextuais e do processo de envelhecimento. Assim, estudar os diferentes momentos de vida que estão sujeitos a mudanças, de acordo com a faixa etária do indivíduo e a estrutura sociocultural da qual ele fez e faz parte, integram trajetória que pode estar relacionada ao desencadeamento de sintomas depressivos (SIFUENTES; DESSEN; OLIVEIRA, 2007).

Bispo (2016) acrescenta que as pessoas idosas que se sentem sozinhas sofrem com isso, pois a solidão é uma experiência emocional repleta de vicissitudes e ambiguidades, passível de ser vivida em qualquer faixa etária e interligada a vários marcadores sociais.

No referencial do Curso de Vida, acrescentam-se as influências de ordens normativas e não normativas que atuam sobre o sujeito durante o ciclo vital. Especificamente, sobre o segundo tipo, estas são caracterizadas por eventos imprevisíveis, de caráter biológico ou social, como doença grave, falecimento de algum familiar, separação conjugal, acidentes automobilísticos, dentre outros, os quais são capazes de gerar condições de dor, sofrimento, incertezas e desafios para quem os vivencia (BALTES, 1987; NERI, 2006; DUQUE; SILVA, 2013).

Neri (2006) afirma que o efeito dos eventos não normativos é potencializado pelo aspecto da incontrollabilidade, capaz de provocar estresse, medo e insegurança para maioria dos idosos, em especial para mulheres, podendo desencadear os sintomas depressivos.

Algumas manifestações dos sentimentos de abandono e solidão são muito peculiares, a exemplo da fala da depoente 6 que é relativa ao desejo de sair da própria moradia para residir no domicílio do filho, apenas pela vontade de ter alguém para compartilhar o dia a dia e, conseqüentemente, diminuir ou suprimir esses sentimentos.

Eu não me sinto bem porque meus filhos não me querem nas casas deles. Eu me sinto abandonada e dói. Não é fácil o que eu estou passando, não desejo para ninguém. Eu amanheço e anoiteço sozinha (...) Eu pedi hoje ao meu filho pelo telefone: filho me leva pra tua casa, eu não posso viver sozinha mais teu pai. E sabe o que ele me disse? Mãe, lá em casa não tem lugar, espaço para a senhora (...) Meu sentimento maior é de abandono e solidão. (Depoente 6)

Entretanto, como forma geral, as pessoas idosas manifestam a vontade de permanecer nas próprias residências. De acordo com Barroso e Tapadinhas (2008), a maioria delas resiste à ideia de deixar a casa, mesmo em face da realidade de declínio físico e incapacidade para viver de forma independente, sendo sentida como uma perda de identidade, como se o seu espaço, ou seja, aquele ambiente que eles levaram anos para construir, ficasse para trás.

A saída das idosas do próprio domicílio para irem morar com suas famílias ou outras pessoas de seu convívio, pode estar relacionada à necessidade de auxílio, seja físico, afetivo ou financeiro, bem como pelo acúmulo de perdas físicas, psicológicas e sociais vivenciadas por elas ao longo da vida, o que pode estar relacionado ao aparecimento de sintomas depressivos (FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, 2006; PEDRAZZI *et al.*, 2010).

No contexto dos fatores capazes de contribuir para o aparecimento dos sintomas depressivos da população idosa feminina, encontram-se: viuvez, solidão, abandono e perda de entes queridos (OLIVEIRA *et al.*, 2012; BORGES *et al.*, 2013; BRETANHA *et al.*, 2015). Estes fatores, considerados relevantes para as manifestações depressivas, também foram encontrados no presente estudo como discutido previamente.

A solidão, um dos importantes fatores associados a manifestações depressivas, é classificada por Bispo (2016) como deliberada ou acontecida. O primeiro tipo caracteriza-se por ser um projeto de vida, algo considerado como uma escolha pessoal, portanto, nem sempre é vinculada ao sofrimento. O segundo corresponde, geralmente, à imagem da solidão mais convencional e compartilhada pelo senso comum, geradora de sofrimento, isolamento e mal-estar, a ser superada ou evitada a todo custo. Como exemplos de solidões acontecidas, têm-se rupturas amorosas, conflitos familiares, ausência de amigos, dentre outros.

A separação conjugal foi expressa por idosas do presente estudo como sendo responsável pelo aparecimento dos sentimentos de abandono e solidão e, conseqüentemente, desencadeadora de sintomas depressivos.

É porque eu sinto, assim, uma solidão terrível (...) O que mais marcou, mesmo, foi assim dele (ex-marido) ter me abandonado. Que eu nunca, ah! Não esperava não. E desde quando a gente casou, que a gente era casado no padre e civil, ele era muito bom. (Depoente 7)

Meu marido me deixou e passou um ano separado de mim, esse de agora. Aí, eu dei depressão e fiquei muito ruim. Foi isso que mais marcou minha vida. Foi assim, ele me deixou aqui e ficou na casa do meu filho. Todo o dia ele ia lá em casa, mas separado de mim. Foi aí que eu dei depressão. Aí adoeci, aí você sabe, a idade ajuntou tudo, aí foi o que fez eu mais ficar assim. (Depoente 8)

Queiroz e Papaléo Neto (2007) afirmam que um dos maiores problemas da pessoa idosa é o sentimento de solidão, muitas vezes, ocasionado pela separação conjugal, viuvez, perda de familiares e amigos, além da aposentadoria. Destacam, ainda, que uma maneira possível de minimizar os efeitos da solidão é a busca da interação social e do desenvolvimento de novas amizades, projetos, capacidades e realizações pessoais.

Nesse sentido, Scoralick-Lempke e Barbosa (2012) destacam a necessidade de oferta de projetos e programas que favoreçam o lazer, a prática de atividades educativas, a interação social e o estímulo aos idosos, a exemplo de Centros de Convivência da Terceira Idade, Academias na Praça, além das Universidades Aberta da Terceira Idade.

A solidão, o abandono e o desprezo por motivos diversos, mencionados nos diferentes depoimentos do presente estudo, constituem-se no grande fator de desencadeamento de sintomas depressivos. Tal condição impõe a indispensável presença do profissional com atributos capazes de contribuir para evitabilidade ou atenuação deste problema.

Tendo em vista que um dos principais objetivos da ESF é atuar na promoção da saúde e prevenção de doenças na comunidade assistida, profissionais qualificados, em destaque os enfermeiros, têm a responsabilidade de desenvolver estratégias que minimizem os sentimentos desencadeadores de sintomas depressivos apresentados por esse grupo populacional, sobretudo, as mulheres. É nesse âmbito que surge a necessidade de lidar com o sofrimento emocional,

exigindo da equipe multiprofissional posição ética, de respeito ao outro, de amor, escuta qualificada, toque e atenção como instrumentos do cuidar humanizado e integral (SILVA *et al.*, 2014).

A PNSPI estabelece que as práticas de cuidados destinadas às pessoas idosas exigem abordagem integral, humanizada, interdisciplinar e multidimensional, considerando a interação entre fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde delas, além da importância do ambiente em que elas estão inseridas (BRASIL, 2006).

O cuidar à mulher idosa envolve, portanto, o olhar para a multidimensionalidade do ser humano, objetivando prevenir ou reduzir o desencadeamento de sintomas depressivos e, conseqüentemente, a conquista de uma melhor qualidade de vida.

A leitura dos diferentes depoimentos do presente estudo, além de traduzirem os sentimentos de abandono, solidão e desprezo, motiva a reflexão sobre o verdadeiro papel do Estado Brasileiro, deixando patente sua omissão no zelar pela saúde das pessoas, principalmente, nessa fase da vida. Certamente, a implantação de políticas públicas voltadas para o estímulo a atividades ocupacionais diversas, incluindo o lazer, minimizaria o impacto destes sentimentos vivenciados pela idosa e, conseqüentemente, a manifestação de adversidades psicossociais. Não que elas não existam, entretanto, apresenta-se de forma tímida e de abrangência limitada, deixando muito a desejar.

5.2.2 Perdas e preocupações familiares: desencadeadores de sintomas depressivos em mulheres idosas

Ao longo do processo de envelhecimento, o idoso, em especial a mulher, uma vez que essa possui expectativa de vida maior do que o homem, vivencia sucessivas e variadas perdas que estão relacionadas à morte de amigos, companheiros e, até, de filhos. Além destes, estão incluídos o fim das relações de trabalho, do relacionamento social e familiar, fazendo com que a morte seja vivida de forma real e simbólica. Tais perdas perpassam tanto a dimensão do físico, em sua concretude, como os universos profissional, social e familiar, muitas vezes, concomitantemente (COCENTINO; VIANA, 2011; GOMES *et al.*, 2015).

Ocorrências evolutivas que implicam perda ou ameaça de perda, têm grande potencial para serem incorporadas como estressantes pelas pessoas idosas. Destaca-se que a morte de entes queridos pode acarretar problemas de ordem emocional, como sentimentos de dor, desamparo, tristeza, medo, ressentimento, dúvida ou outros estados emocionais negativos, podendo desencadear ansiedade e depressão (FORTES-BURGOS; NERI; CUPERTINO, 2009).

A perda de um filho, independente da forma como aconteceu, e do genitor foram expressos pelas idosas do presente estudo como desencadeadores de sintomas depressivos.

É porque quando eu morava na ladeira do Uruguai, que eu tinha um bar lá, um soldado matou um filho meu. Ele matou este menino com 16 anos de idade, do dia 6 para o dia 7 que ele ia marchar (...) Eu acho que foi o que mais que eu fiquei abatida do meu nervo, do meu juízo, foi esse tratamento do meu filho que foi morto. (Depoente 9)

A morte de meus filhos me abalou demais (...) O que mais me marcou foi a morte dos meus filhos. Olhe, eu tinha um filho, está com 3 anos, no dia 26 completa 3 anos que ele morreu. Era um filho bom, era um filho bom, isso me magoou demais. (Depoente 10)

Porque eu já perdi dois filhos e aí eu fiquei muito nervosa. Aí eu fico nervosa por qualquer coisa. Se eu fico nervosa, boto tudo na cabeça. Aí fica muito difícil para gente, quando a gente perde um filho, como eu perdi dois. Um morreu afogado e o outro queimado. (Depoente 11)

Aí, o indivíduo pegou meu filho e escondeu, matou, estuprou, quebrou o osso do braço, osso de perna, osso de cabeça. Abriu um buraco, num sei para onde, para umas quinta num sei para onde, e escondeu o corpo de meu filho (...) Aí, desse tempo para cá, uma pessoa que desde pequena que era nervosa, que já tinha dores de cabeça e de resguardo, aí eu senti que no dia que ele foi, foi o dia que o mundo escureceu para mim (...) Primeiro porque foi do jeito que foi. Segundo que era meu primeiro filhinho, coisa mais linda, coisa mais que eu amava e eu trocava a minha vida pela vida dele. Se era de ter feito isso, que tivesse feito isso comigo. Foi a morte do meu filho. (Depoente 12).

Por causa da perda do meu pai e da vida que eu tinha. São essas coisas que se relacionam. Só isso. São essas coisas. Para mim foi o começo de todos os meus problemas, foi esse. Aí, eu sei lá, botei isso na cabeça e comecei a gerar outros problemas (...) a morte do meu pai que eu amava muito e era tudo na minha vida. (Depoente 13)

Socioculturalmente, à mulher foi atribuída a função de cuidadora e protetora do lar, dos filhos e do marido. Portanto, vivenciar a perda de um ente

querido, em destaque de um filho ou genitor, é expresso por elas como um momento difícil, de tristeza, magoa e gerador de nervosismo, bem como pelo desejo que isso tivesse ocorrido com ela em vez do próprio filho.

Especialmente, em relação à perda de um filho, este é um momento de extrema dor para os pais, em destaque para a mãe, principalmente, por isso não fazer parte da dinâmica esperada para a vida. A vivência desse momento foi considerada como desencadeadora de sintomas depressivos por depoentes do presente estudo, devido aos sinais e sintomas apresentados e ao intenso vínculo de amor e cuidado estabelecido entre elas e os filhos.

As reações diante da morte de um filho representam formas muito singulares de perda, que pode variar quanto à intensidade e duração dos sintomas. Dor, sofrimento, ansiedade e, muitas vezes, raiva, sensação de culpa, saudade, desejo em tentar encontrar uma justificativa para o ocorrido, impotência por não ter podido impedir a morte do próprio filho, predis põem ao desencadeamento de sintomas depressivos e, até mesmo, o surgimento da depressão decorrente de tal situação (GOMES *et al.*, 2015).

Para Fortes-Burgos, Neri e Cupertino (2009), eventos de vida, dentre eles as perdas de entes queridos, sobretudo de filhos e genitores, marcam momentos de transição no curso do desenvolvimento humano, confrontam o indivíduo com a própria finitude e desafiam o ajustamento biológico, psicológico e social de quem os vivencia.

A morte de entes queridos configura-se como uma situação sobre a qual a pessoa idosa pouco tem o que fazer e, em geral, é vivida com um alto grau de emoções negativas, sentimentos de frustração e desamparo. De acordo com o referencial do Curso de Vida, esta situação enquadra-se nos eventos de ordem não normativos, ou seja, sua ocorrência é incomum, inesperada, podendo afetar o curso do desenvolvimento de forma peculiar e promover o desencadeamento da sintomatologia depressiva (NERI, 2006).

Nesses casos, será mais apropriado que os indivíduos lancem mão de mecanismos de adaptação que minimizem os efeitos da ansiedade e do estresse provocados pelos acontecimentos e pela falta de controle da pessoa idosa sobre eles, o que nem sempre é possível.

Baltes (1987) refere que a plasticidade individual, uma das sete proposições que caracterizam a perspectiva do Curso de Vida, pode ser entendida

como a capacidade da pessoa idosa de se adaptar às mudanças e de sua flexibilidade diante das diversas situações impostas no cotidiano, contribuindo para produzir um processo de envelhecimento bem-sucedido ou adaptativo.

Portanto, o envelhecer de forma positiva depende da capacidade global de adaptação às mudanças e ou limitações impostas pelos aspectos biológicos, históricos e sociais, bem como às perdas que ocorrem ao longo da existência, possibilitando um contínuo desenvolvimento das capacidades cognitivas. Caso contrário, a pessoa vivenciará o envelhecimento de forma negativa, gerando tensões, estresse, conflitos e doenças, destacando-se o surgimento de sintomas depressivos (BALTES, 1987; SILVA; GÜNTHER, 2000).

A vida do ser humano está alicerçada em relações sociais, as quais podem ser desenvolvidas na família, no trabalho, em grupos de convivência ou na própria comunidade. As interações estabelecidas nesses espaços são fundamentais para sobrevivência do indivíduo, principalmente da pessoa idosa, para redução do isolamento social, estabelecimento de novos vínculos e amizades, dentre outros.

As redes de relações e de suporte social, para Suzuki, Silva e Falcão (2015), apresentam efeitos protetores e benéficos para a mulher idosa, favorecendo a promoção do bem-estar e moderação dos efeitos do estresse, da ansiedade e de sintomas depressivos, ocasionados pela perda de entes queridos.

Baltes (1987), na perspectiva do Curso de Vida, defende que cada indivíduo perpassa pelas etapas do desenvolvimento humano cercado por pessoas com as quais estabelece uma troca de suporte que envolve aprovação, afeto ou ajuda, contribuindo para um envelhecimento bem-sucedido ou adaptativo e contrabalanceando as perdas e os ganhos.

Além disso, o contato com outras pessoas, independente do sexo, da faixa etária e do vínculo, durante o envelhecimento, promove o bem-estar psicológico e social, diminui o sentimento de solidão, de isolamento e evita o desencadeamento de sintomas depressivos (SUZUKI; SILVA; FALCÃO, 2015).

Um problema de grande importância social, na atualidade, está relacionado à disseminação do uso de drogas, causa frequente de desagregação familiar, cuja vítima maior está representada, muitas vezes, pelo próprio usuário.

A perda de um filho por uso de drogas e as complicações advindas de tal prática, também foi expressa por idosas do presente estudo como fatores desencadeadores de sintomas depressivos.

Foi negócio de filho, droga. Meus filhos, dois filhos drogados e aí, o que aconteceu? Foi que mataram um. Aí ficou o outro e ele já foi até embora para Fortaleza (...) Um filho drogado, aí com pouca chegava notícia ruim do que ele fazia. O outro não estava assim não, mas, o outro mataram, mataram ele, meu filho. Aí, pronto, acabou, acabou com minha vida, eu fiquei, minha filha. Eu fiquei, parece que meu coração... Não tinha mais coração dentro de mim; eu fiquei toda... Terminou. Só isso que vive acabando com minha vida. (Depoente 14)

Minha filha, o que tem contribuído é porque faleceu um filho meu e eu fiquei naquela impressão de que ia morrer também (...) Aí, quando eu me lembro dos momentos, porque meu filho morreu por problema de droga, aperreava muito, mas eu sinto sempre saudade (...) Meu filho usava droga, quando chegava era acabando com tudo. Me obrigava a arrumar dinheiro para ele, nem que não tivesse, mas pedia emprestado. (Depoente 15)

Os depoimentos das idosas demonstram verdadeiro sentimento de dor e tristeza, além de finitude da própria vida com a partida do ente querido. Lidar com a morte tem sido difícil para elas devido à convivência que se estabeleceu durante anos, em especial, por serem genitoras e terem o sentimento e o dever de protegê-los. Observa-se, ainda, que por experimentar as emoções e a dor daqueles de quem cuidavam, essas cuidadoras também sofreram, sofrem, mas sentem saudades.

A morte de um filho pode ocasionar sentimento de impotência relativo ao amor e cuidado dos pais, em especial das mães, para evitar esse evento final, como se eles tivessem fracassado. Eles podem sentir-se culpados por sobreviverem ao invés do filho, podendo estar mais exacerbado quando se trata da problemática das drogas. Quando a morte foi violenta, com mutilação do corpo e, principalmente, quando ocorreu por homicídio ou suicídio, pode suscitar forte sentimento de culpa, fracasso e impotência por partes dos genitores (OLIVEIRA; LOPES, 2008).

O consumo de drogas lícitas e ilícitas é considerado um problema de ordem pública e social, não apenas devido à alta prevalência, mas, principalmente, pelos prejuízos ocasionados à saúde das populações de usuários e familiares. Esta problemática pode acometer indivíduos nas diversas faixas etárias e classes sociais, com consequências de ordem biológicas, psicológicas e sociais para todos os envolvidos (ZEITOUNE *et al.*, 2012).

O fenômeno do uso de substâncias psicoativas configura-se como um desafio para gestores, usuários e familiares, em especial as mães. Estas sofrem a dificuldade de ajuda, de apoio social e, muitas vezes, de acesso ao tratamento.

Sentimentos de tristeza, medo, impotência, ansiedade, revolta e descontrole são vivenciados cotidianamente por elas (CARVALHO; OLIVEIRA; MARTINS, 2014).

Estudo realizado em grupo de mulheres com familiares usuários de drogas, no município de Sobral – CE, foi observado que essas cuidadoras passam por intensos processos de adoecimento, momentos de angústia, de desespero e dor, além do cansaço expresso por conviverem quase que diariamente com conflitos, recorrendo a tudo que pudesse aliviar e ou minimizar o sofrimento (LOPES *et al.*, 2015).

Para Reis e Moreira (2013), é no contexto familiar que se vivencia as consequências da dependência as drogas, sendo a morte do usuário a pior delas. Nesse entendimento, bem mais do que o sujeito que sofre, tem-se uma família, em especial uma mãe, que se fragiliza e se desestabiliza diante da dependência do ente querido, tornando-se vulnerável ao surgimento de problemas físicos, sociais e psíquicos, sendo este último relacionado aos sintomas depressivos.

Desta forma, fica evidente que o uso de drogas associado ou não à perda de filhos, impacta sobre o curso de vida das mulheres, influenciando negativamente no processo de construção fisiológica da velhice, requerendo destas adaptação capaz de torná-las refratárias a tal adversidade.

Para Fortes-Burgos, Neri e Cupertino (2009), problemas vividos pelos descendentes podem comprometer o curso do desenvolvimento humano e, conseqüentemente, o envelhecimento, trazendo repercussões sobre o bem-estar das pessoas idosas.

Nos discursos a seguir, pode ser observado que os problemas, independente da natureza, vivenciados pelos descendentes, em especial filhos e netos, das idosas do presente estudo foram desencadeadores de sintomas depressivos.

Olha, é só as preocupações! É uma filha aí que se separou do marido e está me dando trabalho. Assim, ela não se chega comigo porque a gente teve uns problemas de briga. Foi desde o primeiro namorado da minha filha caçula que eu descobri que ele era muito mentiroso, não gostava de trabalhar e minha filha fazia faculdade. Era uma menina boa, estudiosa e ele desestruturou a vida dela toda. Aí, aquilo me deixou lá embaixo. Aí, no fim, tão separado, divorciado. Aí, desde esse tempo da separação ela ficou um ano comigo. Aí, ela voltou para ele. Aí, foi que acabou com a minha vida. Voltou, mas só que depois ela largou. (Depoente 16)

É por causa do problema de um filho meu, que estava tendo um grande problema. Aí, eu me preocupei também. (Depoente 17)

Eu me preocupo com os netos. Tem dois presos, tem um mesmo que está com mais de ano preso. Aí, eu fico preocupada. Hoje mesmo, foi dia de visita, ninguém foi visitar (...) É preocupação com eles. (Depoente 18)

Os problemas vivenciados, seja por filhos ou por netos das idosas participantes, geraram desentendimentos familiares, brigas, sentimentos de preocupação e tristeza, sendo expressos por elas como desencadeadores de sintomas depressivos.

Os eventos que afetam os familiares, na maioria das vezes, são sentidos pela pessoa idosa como de ocorrência incontrollável, o que para ela pode significar que tenha falhado como mãe, avó e educadora, responsável pela transmissão de valores e orientações necessárias para a vida de seus descendentes (FORTES-BURGOS; NERI; CUPERTINO, 2009).

Acrescenta-se, ainda, que tais eventos são ocorrências cujo curso ou efeito não podem ser alterados pela pessoa idosa, porque dependem de circunstâncias e escolhas ligadas à vida de outra pessoa. Em parte, o sofrimento, a dor e até os sintomas depressivos gerados podem ser explicados por causa do apego afetivo que une membros da família e que dão origem à empatia, o cuidado e as tentativas de interferir direta ou indiretamente em tais situações, buscando resolvê-las (FORTES-BURGOS; NERI; CUPERTINO, 2009).

A morte e os problemas que afetam os familiares são vividos pela mulher idosa ao longo da sua trajetória. Desta forma, tais circunstâncias estão intensamente presentes nas transformações que o envelhecimento impõe a elas e na capacidade de adaptação. Ressalta-se que este é um processo heterogêneo, caracterizado por múltiplas trajetórias e possibilidades de crescimento e declínio, em um equilíbrio dialético entre perdas e ganhos (BALTES, 1987).

A velhice, que culturalmente é reconhecida como a fase da sabedoria e do amadurecimento por muitas sociedades, deveria favorecer melhor essas vivências. No entanto, apresenta-se como a fase cuja pessoa pode se encontrar mais fragilizada e dependente, pelo próprio processo de envelhecimento, bem como pela necessidade constante de adaptações às perdas e aos ganhos ocasionados durante a vida. Nesse momento, surge a necessidade de ajuda, seja terapêutica,

seja familiar ou de amizade, disponibilizando-lhe ombro amigo, buscando ouvi-la e compartilhando sentimentos.

Destaca-se a importância que deve ser dada à pessoa idosa na ajuda para que possa elaborar e resolver dores, perdas, sofrimentos e tristezas, objetivando, progressivamente, reorganizar a vida. Neste contexto, oportunidades de inserção social possibilitaria a construção e ou retomada de projetos de vida, contribuindo para que ela tenha um olhar e esperança no futuro e com isso consiga se adaptar às circunstâncias do presente.

Na atualidade, deve ser dado incentivo aos profissionais da saúde para lidarem com a mulher idosa de forma integral e humanizada, diante das repercussões da morte e dos problemas familiares, pois, em decorrência de tantos anos contados, podem não mais suportar essas perdas capazes de levá-la ao adoecimento físico e psíquico.

5.2.3 Doenças: desencadeadores de sintomas depressivos em mulheres idosas

No imaginário sociocultural, o envelhecimento é marcado quase que inevitavelmente pelo surgimento de enfermidades e declínio progressivo da saúde. As doenças nas pessoas idosas são vistas como naturais, inevitáveis e próprias do período que vivenciam, omitindo-se implicações sociais e possibilidades de cuidado, promoção, prevenção e reabilitação.

Para Moraes, Marino e Santos (2010), a saúde da pessoa idosa está diretamente relacionada à capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si. Portanto, esta é considerada, socioculturalmente, saudável quando está com funcionalidade global adequada e realiza atividades de forma independente e autônoma, mesmo portando doença.

A quantidade de pessoas portadoras de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em países de média e baixa renda está progressivamente aumentando. Do total de óbitos ocorridos no mundo, no ano de 2008, 63% encontravam-se relacionadas às DCNT. Destas, quatro grupos de doenças, respondem pela maioria das complicações e mortes, a saber: cardiovasculares, respiratória crônica, diabetes *mellitus* e câncer (ALWAN *et al.*, 2010).

Tradicionalmente, as doenças crônicas incluem as cardiovasculares, diabetes e asma ou doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Entretanto, são

acrescentadas, ainda, outras doenças que passaram a compor essa classificação, podendo ser, inclusive, transmissível. São elas: câncer, HIV/Aids, distúrbios psiconeurológicos (como depressão, esquizofrenia e demência), deficiência visual e artrose (VERAS, 2011).

Os principais fatores de risco para as doenças crônicas estão relacionados às escolhas nos estilos de vida, como tabagismo, uso abusivo de álcool, comportamento sexual desprotegido, dieta inadequada, inatividade física, além de predisposição genética, o que reduz a longevidade das pessoas acometidas por elas, bem como a qualidade de vida (VERAS, 2011).

Uma das principais características do processo de transição epidemiológico vivenciado, no Brasil, é o aumento na prevalência de doenças crônicas, muitas vezes incapacitantes e que acometem, especialmente, as pessoas com idade acima de 60 anos (BRASIL, 2006). De acordo com publicação do IBGE (2009), 75,5% dos idosos brasileiros declararam possuir alguma doença crônica e ou degenerativa, sendo 69,3% entre os homens e 80,2% entre as mulheres.

As alterações na saúde que podem ocorrer concomitantemente com o envelhecimento contribuem para a redução dos vínculos sociais da pessoa idosa, para o isolamento e possível adoecimento mental. Neste contexto, várias idosas do presente estudo estabeleceram relação entre a doença crônica e o desencadeamento de sintomas depressivos.

*No momento, eu estou me sentindo do mesmo jeito com o olho. Do mesmo jeito, não tive melhora nenhuma. Todo tempo cheio de água, doendo, dói, dói. Tem hora que está embaçado. Eu não estou pra nada, não sou mais dona de casa, não presto pra nada mesmo (...)
Eu tenho medo de perder meu olho e estou com medo de perder meu olho, porque faz muito tempo que meu olho tá assim. (Depoente 19)*

*É o problema da minha vista e um bocado de coisa no meu corpo. É devido que eu operei esse olho aqui, mas ficou do mesmo jeito. Eu ia operar desse aqui, não consegui, não deu certo e então tem que fazer a limpeza desse aqui, porque eu operei e foi mesmo que nada. Eu fiquei do mesmo jeito, sem enxergar direito desse olho aqui (...)
Sabe, eu via as coisas direitinho, mas agora não estou vendo mais quase direito as coisas, não estou mais conseguindo botar meu nome direitinho. (Depoente 20)*

Eu sinto um problema nos meus olhos e o doutor me disse que eu não fico boa. Aí, eu fiquei triste nessa hora que ele disse que eu não fico boa. Fiquei triste, porque ele disse que é um problema que dá

nos olhos. Eu sei que passa um bocado de mosca, muriçoca nos meus olhos. Aí, passa uma capa, aí vai tampando. Ali é que eu fico triste, desse problema nos meus olhos e do doutor dizer que não tem jeito. Eu tenho é medo de ficar cega. (Depoente 21)

Porque eu sou doente dessa tal de diabetes. Tem dia que eu estou melhor, tem dia que eu estou pior. É assim e tomando remédio direto, todo o tempo e não fico boa. Isso não tem jeito não. (Depoente 22)

Só essas doenças, minha filha. Primeiro eu tive um AVC, segundo eu tive dois infartos. O último que eu tive eu fui até operada. Fiz três pontes de safena e aí de lá para cá venho só adoecendo. Só vivo doente. Não tenho mais saúde. Agora apresentou uma tal de artrose que o médico falou, disse que é artrose. Sinto dor no quarto, nos ossos. Aí, pronto perco vontade de tudo. Não tenho vontade de andar. Não tenho vontade de sair. (Depoente 23)

Eu me preocupo porque eu não tenho memória. Não tenho assim ideia. Não tenho assim astúcia (...) Fiquei esquecida, já fui muito doente. Hoje em dia estou melhor, mas fiquei com esse problema assim esquecida. Eu não tenho memória e eu não sou satisfeita por causa disso. (Depoente 24)

Eu sinto muita coisa diferente. Assim, meu corpo faltando à força de trabalhar, dor nas pernas, vou fazer uma coisa não posso ficar em pé que as pernas doem, os braços não dão para mexer nada. E aí, com aquilo, eu vou ficando preocupada, revoltada, aí pego a chorar (...) É as dores, é só dor, doença, gente mesmo não faz eu sofrer. (Depoente 25)

Eu tive também um acidente. Esse acidente me abalou demais. Olha aí o que foi que esse acidente me fez: esse pé quebrado, eu dei um infarto no estômago, perdi uma banda de meu fígado e aí eu fiquei dois dias morta sem saber de nada. Fiz duas cirurgias sem saber que estava nesse mundo, ainda. Mas também, isso agora em julho vai fazer quatro anos. (Depoente 26)

Sentimentos de desvalia, medo, tristeza e preocupação, perda de vontade para realizar qualquer atividade, além de insatisfação com a vida, dificuldades para trabalhar, locomover e escrever o próprio nome foram expressos pelas idosas como oriundos de processos patológicos e, conseqüentemente, desencadeadores de sintomas depressivos.

As enfermidades que acometem as pessoas idosas podem representar ameaça aos anseios e projetos de vida, pois portadores de tais doenças poderão necessitar de apoio físico, psíquico e ou financeiro, além de vigilância constante em relação ao estilo de vida, ao tratamento prescrito, aos sinais e sintomas

apresentados que, se não controlados, podem evoluir para situações graves, incapacitantes e, até mesmo à morte.

As mulheres idosas por vivenciarem diferentes marcos psicossociais ao longo do curso de suas vidas, dentre eles: mudanças no papel social, perda do cônjuge e de filhos, modificações na estrutura familiar, maior exposição às doenças crônicas, uso de diversas medicações, baixa escolaridade, dificuldades financeiras, além de falta de apoio familiar e social, apresentam mais sentimentos de tristeza, dor, sofrimento e isolamento social, o que as tornam mais vulneráveis ao adoecimento mental, contribuindo para o desencadeamento de sintomas depressivos (MORAIS; PIRES, 2007; MONTEIRO, 2010; RESENDE *et al.*, 2011; BORGES *et al.*, 2013).

Na realidade investigada, verificou-se que a presença de doenças crônicas, como oculares, cardiovasculares, osteoarticulares e até acidente de trânsito, que provocou múltiplas fraturas, somadas a perdas experienciadas nas trajetórias de vida das idosas participantes do presente estudo mostraram-se como os principais desencadeadores de sintomas depressivos. Tais situações, ao se manifestarem de forma isolada ou agrupadas, repercutiram de modo cumulativo, provocando limitações nas expectativas futuras, bem como certo grau de desesperança e, por fim, desencadeando os sintomas depressivos.

As doenças mais prevalentes e autorreferidas por mulheres idosas, em estudo de Campolina *et al.* (2013), foram dispostas na seguinte ordem: hipertensão arterial sistêmica, doença articular, cardíaca, diabetes *mellitus* tipo 2, doença mental, pulmonar crônica, cerebrovascular e neoplasia. Estes autores propõem que a eliminação possível da influência das doenças crônicas causaria impacto significativo na expectativa de vida livre de incapacidades, principalmente, quando se trata daquelas para as quais existem medidas preventivas, de estabilização e ou cura, a exemplo das doenças cardiovasculares.

Estudo que objetivou estimar a prevalência de doenças crônicas na população brasileira, em 2008, comparando-a com 2003, a partir de dados da PNAD, identificou que a prevalência de pelo menos uma doença crônica, em 2008, foi semelhante a 2003, sendo maior nas mulheres e aumentando intensamente com o avançar da idade até os 70 anos (BARROS *et al.*, 2011). Esses dados sugerem a possibilidade de que intervenções realizadas preventivas ou precocemente poderiam

mudar o curso de vida de mulheres idosas, tendo em vista o agravamento progressivo do estado de saúde, a partir do início do envelhecimento.

A presença de morbidades autorrelatadas eleva as taxas de uso de serviços de saúde, restringe as atividades dos portadores e contribui para o isolamento. Desigualdades nas condições de vida da população brasileira, avaliadas pelos anos de escolaridade, também, foram identificadas neste estudo, bem como diferentes prevalências de condições crônicas, sendo elevadas nos seguimentos mais desfavorecidos socioeconomicamente (BARROS *et al.*, 2011).

Os determinantes da saúde ultrapassam os aspectos biológicos do ser humano, geram padrões de vida que se refletem nas desigualdades sociais e causam danos que se acumulam ao longo do tempo. Assim, estes determinantes incidem no indivíduo e no seu contexto, no qual o social encontra o biológico, sendo este um espaço em que o ser humano vive, relaciona-se e interpreta suas experiências. Tal associação poderá causar na pessoa idosa maior vulnerabilidade biológica, psicológica e ou social, bem como na resiliência, sendo esta caracterizada pela a capacidade de o indivíduo lidar com problemas e superar dificuldades (DUNCAN *et al.*, 2012).

Nessa perspectiva, o referencial do Curso de Vida destaca que o envelhecimento é moldado pelo contexto, pela estrutura social e cultural, além de ser marcado por fatores históricos de coorte, exigindo equilíbrio entre as perdas e os ganhos ocasionados ao longo da vida (BALTES, 1987).

As idosas da atualidade viveram um momento histórico, em que tinham sobrecarga do papel de cuidar, pouco acesso à escolaridade, assumiam níveis ocupacionais mais baixos, o que resultava em precariedade de salários, motivos pelos quais elas tornaram-se mais expostas a doenças, a incapacidades, ao isolamento social e ao desencadeamento de sintomas depressivos (NERI, 2006). Ressalta-se, ainda, que elas vivenciaram a transição epidemiológica no Brasil, que passou de um perfil de doenças infectocontagiosas para o de doenças crônicas, próprias do atual processo de envelhecimento.

Não diferindo das duas primeiras categorias, esta também é influenciada por evento de ordem não normativo, caracterizado por apresentar aspecto biológico, de ocorrência inesperada, como o acometimento por uma doença, o que exigirá do indivíduo constante organizar-se e se reorganizar diante de tal acontecimento,

necessitando de equilíbrio ao longo da existência (BALTES, 1987; DUQUE; SILVA, 2013).

A plasticidade individual também se faz importante nesse momento, em que as idosas necessitarão superar-se e ou adaptar-se às dificuldades e limitações que possam surgir mediante o adoecimento por alguma doença crônica, além daquelas impostas pelos contextos histórico, cultural e social vivenciados na velhice (BALTES, 1987).

Para Barros *et al.* (2011), a criação e implantação de políticas públicas adequadas às necessidades e subjetividades dos que envelhecem, em especial das mulheres, além da ampliação da cobertura e melhor qualidade dos serviços de saúde existentes seriam altamente relevantes para mudar o atual panorama. Isto possibilitará maior precisão nos métodos diagnósticos, no controle e no tratamento de doenças crônicas. Em acréscimo, as intervenções direcionadas a melhorar as condições de vida e a promover comportamentos saudáveis, constituem-se estratégias para redução das desigualdades sociais, tão presentes no país e relacionadas à morbimortalidade por tais doenças.

Dessa forma, o cuidado de enfermagem aos idosos, em especial às mulheres, portadoras de enfermidades crônicas deve somar-se ao tratamento tradicional. É importante que esta assistência envolva as experiências de vida da idosa como um todo articulando os aspectos histórico, social e cultural, pois a saúde tem estreita relação com os acontecimentos cotidianos das pessoas, sendo imperativo olhar integral e humanizado para aquelas que envelhecem portando alguma doença.

Partindo-se do pressuposto de que o ser humano é composto por um corpo, uma mente e um espírito, este refletindo sua religiosidade, não é possível omitir-se a contribuição que ela apresenta no processo saúde-doença. Na atualidade, é aceito que a participação de um líder espiritual, até mesmo nos hospitais, representa auxílio importante no tratamento de portadores de doenças crônicas, com períodos longos de internação.

O suporte teórico delimitado para apoiar o presente estudo, caracterizou-se pelas possibilidades de adaptação e resiliência aos problemas de ordem física, emocional e social enfrentados pelas idosas em todo ciclo vital. Valendo-se da religiosidade, uma das depoentes relatou ter superado os sintomas depressivos.

Assim, mesmo tendo sido apenas um depoimento, o que impossibilitou a formulação de uma categoria de análise temática, faz-se importante descrever e analisar o discurso da idosa a seguir, pois se trata da expressão da fé como contribuinte para superação dos sintomas depressivos.

Eu me sinto realizada. A fé (...) Não sinto e nem quero sentir (refere-se aos sintomas depressivos), porque o Senhor não vai deixar, ele não quer tristeza, ele só quer alegria. Mesmo que não esteja tudo realizado, ele só quer alegria. (Depoente 27)

Diante desse depoimento, pode ser presumido que o quadro de manifestação de sintomas depressivos era, predominantemente, de tristeza, insatisfação, possivelmente em decorrência de não realização de um projeto de vida, não externado pela mesma. Como em muitas outras situações, é comum que as pessoas recorram à fé para minimização ou resolução de seus problemas. No caso em apreço, é possível ser esta a explicação.

Com o envelhecimento, são mais frequentes os sentimentos de abandono, solidão e perdas, seja pelo falecimento de amigos, vizinhos, cônjuge e de filhos, seja pela necessidade de adaptação à aposentadoria. A redução da rede de amizades, as dificuldades de estabelecer novos vínculos, os problemas enfrentados pelos descendentes, bem como o surgimento/agravamento de doenças crônicas tornam as mulheres idosas mais vulneráveis ao desencadeamento de sintomas depressivos (SOUZA *et al.*, 2013).

Diante de tais situações, algumas idosas lançam mão de estratégias de enfrentamento. Essas, também denominadas por *cooping*, são caracterizadas como ações cognitivas e comportamentais para lidar com mudanças internas e externas. São subdivididas em dois tipos: o primeiro deles relaciona-se ao enfrentamento baseado no problema, cujo foco é ação do indivíduo para modificar o ambiente e reduzir fator estressor; o segundo, baseado na emoção, cujo objetivo consiste na modificação do próprio indivíduo, mediante a regulação de desgaste emocional (FORTES-BURGOS; NERI; CUPERTINO, 2008).

A religiosidade configura-se como uma estratégia de enfrentamento utilizada por meio de orações, prática da fé e da crença em um ser superior, o que irá influenciar a forma como as pessoas idosas enfrentam situações desencadeadoras de sintomas depressivos, contribuindo para a busca de equilíbrio e bem-estar biopsicossocial (FIGUEIREDO *et al.*, 2016).

Souza *et al.* (2013), em pesquisa, afirmaram que a fé se tornou muito importante para os idosos, em especial para as mulheres, no enfrentamento de situações adversas impostas ao longo do curso de vida, uma vez que muitas delas não têm a quem recorrer, a não ser a algo superior, celestial, fazendo com que tenham hábitos religiosos frequentes.

Em estudos desenvolvidos com idosos, com prevalência de mulheres, observou-se que a religião foi considerada componente muito importante em suas vidas, além de promotora de bem-estar, satisfação, felicidade, afeto positivo e moral mais elevado, bem como de redução ou ausência de sintomas depressivos (SOUZA *et al.*, 2013; CHAVES *et al.*, 2014)

Desse modo, a fé configura-se como estratégia de enfrentamento concebida como parte do processo de solução de problemas que, no caso da idosa aqui descrita, correspondeu à superação de sintomas depressivos, bem como pela expressão da alegria, permitindo que ela lide melhor com a experiência pela qual estava passando.

5.3 Síntese das análises quantitativa e qualitativa

Para construção desse momento, julgou-se necessário resgatar objetivos propostos e conceitos metodológicos utilizados como pilares na elaboração desta pesquisa.

No presente estudo, propôs-se como objetivo geral analisar a prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em mulheres idosas assistidas na Atenção Básica, na perspectiva do Curso de Vida. Foram definidos como objetivos específicos: estimar a prevalência de sintomas depressivos; investigar a associação entre os sintomas depressivos e as variáveis sociodemográficas e condições de saúde; e compreender o desencadeamento dos sintomas depressivos no grupo amostral mencionado.

Para tanto, foi necessária a utilização de uma abordagem metodológica do tipo: método misto explanatório sequencial. Segundo Creswell (2010), este processo consiste em um tipo de investigação que combina as abordagens quantitativa e qualitativa, sendo a coleta e análise dos dados realizados em estágios separados. Saliencia-se que a fase secundária de dados pode proporcionar informações de apoio à fase primária.

Por ser uma estratégia metodológica que se utiliza de duas fases para coleta e análise em separado, porém conectadas, Creswell (2010) indica a necessidade de um terceiro momento, em que o pesquisador realiza interpretação e síntese da análise com a finalidade de melhor compreensão do problema da pesquisa.

Os dados coletados na fase quantitativa do presente estudo possibilitaram a caracterização das mulheres idosas assistidas na Atenção Básica do município de Teresina-PI, a prevalência dos sintomas depressivos e os fatores a eles associados. Trata-se de um grupo com peculiaridades próprias, sejam elas de natureza educacional, social, econômica e ou cultural, além de portarem doenças crônicas.

A prevalência de sintomas depressivos na amostra do presente estudo foi relativamente baixa, porém em conformidade com os dados apresentados em pesquisas nacionais e internacionais, as quais evidenciaram a importância dos sintomas depressivos no grupo populacional de idosas.

Dispõem-se, a seguir, dentre as variáveis de caracterização da amostra estudada, aquelas que apresentaram associação à manifestação de sintomas depressivos: organização familiar na moradia, comparação de condição econômica com outras pessoas que tenham a mesma idade, tempo de aposentada e cor da pele.

Na abordagem qualitativa, emergiram as categorias de análise temáticas que apontaram como desencadeadores de sintomas depressivos sentimentos de Abandono, solidão e desprezo; Perdas e problemas familiares; e Doenças presentes.

Os sintomas depressivos mostraram associação com a variável organização familiar na moradia, uma vez que o grupo de idosas que foi habitar na casa com outrem apresentou maior frequência dessa sintomatologia. Tal condição pode traduzir dificuldades mais expressivas neste grupo do que naquelas que permaneceram na própria casa, denotando que deve ser valorizada a permanência da idosa no próprio domicílio.

A saída da idosa de sua residência ocorre quando se dá o processo de inviabilidade da sua permanência no lar que construiu e que desempenhou suas atividades de cuidadora como esposa e mãe. Não mais havendo a presença de componentes do seu núcleo familiar, em sua casa, provavelmente a alternativa que vislumbrou para si foi buscar abrigo fora do próprio lar.

Nesse contexto, o processo encontra justificativa nos depoimentos que traduzem o sentimento de abandono e solidão, muitas vezes, pelos próprios filhos, em caso de óbito de familiar com quem convivia e em decorrência de separação conjugal, conforme depoimentos da primeira categoria da fase qualitativa.

Da mesma forma, na variável comparação da condição econômica com outras pessoas de mesma idade, também foi verificada associação estatisticamente significativa, sendo que a categoria pior desta variável foi a que mais apresentou sintomas depressivos. Assim, a percepção da adversidade econômica impacta, de forma significativa, nas pessoas idosas, provavelmente por agravar o estado de necessidades relacionadas à automanutenção.

Esta condição, nem sempre explicitada com clareza nos depoimentos, pode encontrar suporte na referência feita à perda de familiar e da vida que tinha em presença dele, conforme depoente 13 ao expressar que:

Por causa da perda do meu pai e da vida que eu tinha. São essas coisas que se relacionam (...). Para mim foi o começo de todos os meus problemas (...).

A correlação observada entre a Escala de Depressão Geriátrica e a variável tempo de aposentada evidenciou que as manifestações dos sintomas depressivos se tornaram mais evidentes em razão do maior tempo de aposentadoria.

O ser humano tem sua estabilidade firmada em relações sociais diversas com importante componente construído no ambiente de trabalho, em grupo de convivência e no seio da própria família. A exclusão de um ou mais desses componentes pode significar o sentimento de perda à manutenção do estado de equilíbrio emocional e afetivo. Assim, a desvinculação do trabalho, inclusive por aposentadoria, pode representar perda significativa e, quando não resolvida, é capaz de desencadear sintomas depressivos, tal como referido.

Entretanto, nos diferentes depoimentos, não se encontrou alusão ao tempo de aposentadoria como problema que pudesse predispor ou agravar manifestações de sintomas depressivos. Assim, pelos dados do presente estudo, não é possível dar suporte a esta variável na fase quantitativa mediante a qualitativa.

Quando realizado cruzamento entre a variável cor da pele e a EDG-15, observou-se que a cor branca apresentou seis vezes mais chances de desenvolver sintomas depressivos comparando com a cor preta.

Não obstante ter sido demonstrado, no presente estudo, que a cor branca dessa variável potencializa a manifestação de sintomas depressivos em até seis vezes, alguns aspectos são pouco precisos, a partir do sujeito que emite o conceito da própria cor. Embora constando de variável quantitativa associada à manifestação de sintomas depressivos, na fase qualitativa, não houve relato por parte das 27 depoentes que fizesse alusão à cor como fator de desencadeamento de sintomas depressivos.

Por outro lado, ocorreram oito relatos, na fase qualitativa deste estudo, que fizeram alusão a doenças crônicas como desencadeador de sintomas depressivos, encontrando suporte em publicações nacionais e internacionais anteriormente discutidas.

Apesar das duas últimas variáveis da fase quantitativa não encontrarem suporte na qualitativa, isto não significa que sejam desprovidas de importância para a mulher idosa, com reflexos negativos para esta. É provável que, no momento do depoimento, aspectos mais relevantes para si fossem aqueles que estavam diretamente afetando o seu estado emocional, a exemplo, da perda de filhos por razões diversas (depoentes 9 a 15) e problemas com os próprios descendentes, a saber, separação conjugal de filha (depoente 16) e prisão de netos (depoente 18).

Dessa forma, depreende-se que nem todas as variáveis associadas na fase quantitativa do presente estudo encontraram suporte na qualitativa, cujas informações foram obtidas em depoimentos espontâneos. Por outro lado, nem todas as categorias de análise temática construídas na fase qualitativa encontraram relação com as variáveis quantitativas.

Assim, é possível inferir-se que, tendo por base os resultados do presente estudo, houve, além do apoio da segunda fase à primeira, a indispensável complementariedade entre as mesmas.

6 CONCLUSÕES

O envelhecimento populacional configura-se como uma realidade crescente em países desenvolvidos e em desenvolvimento, a exemplo do Brasil. Associado a este, tem sido relatado o predomínio das mulheres, caracterizando a feminização da velhice. Estão presentes, neste grupo etário, várias doenças crônicas, dentre elas a depressão e sua sintomatologia.

O presente estudo, realizado em Teresina-PI, que abordou a prevalência dos sintomas depressivos e fatores associados em mulheres idosas assistidas na Atenção Básica, na perspectiva do Curso de Vida, confirmou a hipótese e alcançou os objetivos propostos. No seu desenvolvimento, foi utilizada a abordagem do método misto explanatório sequencial.

Este método de investigação possibilitou a identificação de sintomas depressivos associados a diversos fatores, em diferentes circunstâncias. Entretanto, por suas características, não permitiu o estabelecimento da relação de causa e efeito.

Outro aspecto limitante ao desenvolvimento do presente estudo refere-se à utilização de roteiro de entrevista aberta, pois as informações coletadas são relativas às crenças, aos valores e às opiniões, não tendo como quantificá-las nem generalizá-las.

A partir dos resultados da fase quantitativa, concluiu-se que a maioria das mulheres idosas se encontrava na faixa etária de 60 a 70 anos, autorreferiram-se como pardas, oriundas do interior do Estado do Piauí e casadas. Residiam com média de 3,5 pessoas, arranjo domiciliar composto por outras pessoas (categoria outros), predominavam como chefes do próprio domicílio e quando questionadas sobre a forma como ocorreu a organização familiar na moradia, 51,9% responderam a categoria não se aplica. Possuíam média de 5,2 filhos vivos, em maioria eram católicas e utilizavam como principal serviço de saúde o Sistema Único de Saúde (SUS).

Na caracterização sociodemográfica e condições de saúde da amostra estudada, 36,9% das idosas não possuíam escolaridade, tinham renda média de 1,4 SM, enquanto a renda familiar era de 2,8 SM. A principal fonte de renda correspondeu à aposentadoria e a média de tempo de aposentada foi de 11,9 anos. Questionadas sobre a condição econômica atual, 53,4% afirmaram ser regular, e,

em comparação a de outras pessoas da mesma idade, 50,0% consideraram estar em uma situação igual. A maioria das participantes realizava atividades domésticas, residia em casa própria quitada e avalia a memória como regular; já comparando o estado da memória de um ano atrás, 54,4% consideraram-na igual.

As mais frequentes doenças autorreferidas pelas idosas foram: hipertensão arterial, seguida de problemas de coluna, artrite, visão prejudicada, doença vascular e osteoporose. Embora, com percentual inferior ao das mencionadas, a depressão foi autorreferida por 18,0% delas. A utilização de medicamentos também esteve associada ao tratamento das doenças citadas, com acréscimo dos disponibilizados para o diabetes *mellitus*.

A prevalência de sintomas depressivos foi estimada em 16,0%, estando associados às variáveis: organização familiar na moradia, comparação da condição econômica com outras pessoas que tenham a mesma idade, tempo de aposentada e cor da pele.

As três categorias temáticas formuladas a partir dos depoimentos das participantes do estudo acerca do desencadeamento de sintomas depressivos foram: Abandono, solidão e desprezo; Perdas e preocupações familiares; e Doenças presentes.

As duas primeiras variáveis, quais sejam, a organização familiar na moradia e a comparação da condição econômica com outras pessoas que tenham a mesma idade, encontraram suporte nas categorias de análise temática relativas ao desencadeamento de sintomas depressivos. No que se refere ao tempo de aposentada e a cor da pele, tal suporte não foi constatado, entretanto, isso não invalida a importância que possam ter representado na vida da mulher idosa.

Por outro lado, a perda de filhos por razões diversas, problemas com os próprios descendentes e doenças crônicas expressas nos depoimentos como desencadeadores de sintomas depressivos, não encontraram relação com as variáveis quantitativas do presente estudo.

Logo, deve ser entendido que a inexistência de suporte para algumas variáveis da fase quantitativa pelas categorias de análise temática da fase qualitativa ou a ausência de relação entre ambas, não traduz condição conflitiva. Ao contrário, refletem complementariedade ao estudo, possibilitando o entendimento mais amplo sobre a mulher idosa e o desencadeamento de sintomas depressivos.

Nesse contexto, destaca-se a importância da implantação do rastreamento de sintomas depressivos na rotina de assistência e cuidado à mulher idosa na Atenção Básica. A utilização de instrumentos padronizados, a exemplo da Escala de Depressão Geriátrica – versão reduzida (EDG-15), poderia minimizar a influência de fatores subjetivos que resultam em diferenças na sua aplicabilidade e no registro dos dados por parte dos profissionais da saúde. Além disso, favorece a identificação de casos suspeitos e proporciona intervenções precoces, específicas, integrais e humanizadas, potencializando melhor prognóstico.

Em acréscimo, deve ser destacada a importância da criação e implementação de programas que promovam a inclusão e participação da mulher idosa em movimentos sociais, culturais, de lazer e prática regular de atividades físicas. Tais programas devem ser compatíveis com os interesses desse grupo populacional, particularmente quanto à acessibilidade, aos limites e às possibilidades físicas, o que poderá contribuir para redução da sintomatologia depressiva.

Para tanto, faz-se imperativa a qualificação dos profissionais de saúde, em especial do enfermeiro, para que este possa desenvolver cuidado fundamentado no conhecimento integral do processo de envelhecimento humano, assim como da utilização de instrumentos e meios capazes de contribuir para promoção da saúde da pessoa idosa, autonomia, independência e inserção social.

Considera-se, por fim, que os dados do presente estudo podem ser utilizados na formação de recursos humanos necessários à assistência à pessoa idosa, em especial à mulher, assim como se constitui vertente motivacional para realização de outras pesquisas nesta área do conhecimento humano.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, O. P. Prevention of depression in older age. **Maturitas**, v. 79, p. 136-141, 2014.
- ALMEIDA, O. P; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arq Neuropsiquiatr.**, v. 57, n. 2-B, p. 421-426, 1999.
- ALVARENGA, M. R. M. *et al.* Perfil social e funcional de idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família. **Cogitare Enferm.**, v. 16, n. 3, p. 478-485, 2011.
- AMERICAN PSYSHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders** – DSM – 5. 5th. ed. Washington: American Psychiatric Association, 2014.
- ARANGO, H. G. **Bioestatística teórica e computacional**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- ARANTES, E. C; STEFANELLI, M. C; FUKUDA, I. M. K. Assistência de enfermagem à pessoa com manifestações de comportamento decorrentes de transtornos do humor: caracterização geral. In: STEFANELLI, M. C; FUKUDA, I. M. K; ARANTES, E. C. (orgs.). **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. Barueri: Manole, 2008. p. 441-446.
- AYLAZ, R. Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors. **Arch Gerontol Geriatr.**, v. 55, p. 548-554, 2012.
- ALWAN, A. *et al.* Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. **Lancet**, v. 376, n. 9755, p. 1861-1868, 2010.
- BAERNHOLDT, M. *et al.* Factors associated with quality of life in older adults in the United States. **Qual Life Res.**, v. 21, n. 3, p. 527–534, 2012.
- BALTES, P. B. Theoretical Propositions of Life-Span Developmental sychology: On the Dynamics Between Growth and Decline. **Developmental Psychology**, v. 21, n. 5, p. 611-626, 1987.
- BARROS, M. B. A. *et al.* Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3755-3768, 2011.
- BARROSO, V. L.; TAPADINHAS, A. R. Sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento – estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Psicologia.pt - O Portal dos Psicólogos**, v. 4, n. 3, p. 1-13, 2008.
- BERTOLUCCI, P. H. F. *et al.* O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq Neuropsiquiatr.**, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BISPO, R. Tempos e silêncios em narrativas: etnografia da solidão e do envelhecimento nas margens do dizível. **Etnográfica**, v. 20, n. 2, p. 251-274, 2016.

BLAZER, D. G; SACHS-ERICSSON, N; HYBELS, C. F. Perception of Unmet Basic Needs as Predictor of Depressive Symptoms Among Community-Dwelling Older Adults. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci.**, v. 62A, n. 2, p. 191-195, 2007.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº. 1.948, de 3 de julho de 1996, dispõe sobre a regulamentação da lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994, sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União [Internet]**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm. Acesso em: 09 mai. 2015.

_____. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil [Internet]**, Brasília, n. 237, 13 dez. 1999. Seção I, p. 20-24.

_____. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. 2006. **Lex: legislação federal e marginalia [Internet]**. Disponível em: <<http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaudedadaPessoaIdosa.pdf>>. Acesso em: 09 mai. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: MS, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Encontro em Salvador discute avanços e metas de saúde na área do idoso/Brasil terá 63 milhões de idosos em 2050**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria 2488, de 21 outubro de 2011**, aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

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

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). **Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

- 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.**, v. 18, n. 1, p. 1-12, 2015.
- BRUCKI, S. M. D. *et al.* Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq Neuro-Psiquiatr.**, v. 61, n. 3B, p. 777-781, 2003.
- BUAES, C. S. O envelhecimento e a viuvez da mulher num contexto rural: algumas reflexões. **RBCEH**, v. 4, n. 1, p. 103-114, 2007.
- BYERS, A. L. *et al.* 20-Year Depressive Trajectories among Older Women. **Arch Gen Psychiatry.**, v. 69, n. 10, p. 1073-1079, 2012.
- CALDAS, C. P. Teorias Sociológicas do Envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia**. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Editora Atheneu, 2007. p. 77-84.
- CALHA, A.; ARRIAGA, M.; CORDEIRO, R. Prevalência da solidão e depressão na população idosa residente na zona histórica da cidade de Portalegre. **Rev Port Enferm Saúde Mental**, n.esp., p. 9-14, 2014.
- CAMPOLINA, A. G. *et al.* A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cad Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p. 1217-1229, 2013.
- CARVALHO, C. M. S.; OLIVEIRA, A. B. S.; MARTINS, L. M. S. Vivências de mães usuárias de crack: sentimentos e implicações sociais. **Rev Interd.**, v. 7, n. 3, p. 121-130, 2014.
- CAVALHEIRO, B. C. **Análise da produção científica sobre a sexualidade da mulher idosa em periódicos da enfermagem, saúde pública e gerontologia, no período de 2003 a 2007**. 2008. 104f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2008, 104 p.
- CAVALCANTE, F. G; MINAYO, M. C. S; MANGAS, R. M. N. Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2985-2994, 2013.
- CHAN, M. F.; ZENG, W. Investigating factors associated with depression of older women in Macau. **J Clin Nurs.**, v. 18, p. 2969–2977, 2009.
- CHAVES, É. C. L, *et al.* Qualidade de vida, sintomas depressivos e religiosidade em idosos: um estudo transversal. **Texto Contexto Enferm.**, v. 23, n. 3, p. 648-655, 2014.
- CHOR, D; LIMA, C. R. A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1586-1594, 2005.
- CIOSAK, S. I. *et al.* Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 2, p. 1763-1768, 2011.

CLARES, J. W. B. *et al.* Perfil de idosos cadastrados numa Unidade Básica de Saúde da Família de Fortaleza-CE. **Rev Rene**, v. 12, n. esp., p. 988-994, 2011.

COCENTINO, J. M. B.; VIANA, T. C. A velhice e a morte: reflexões sobre o processo de luto. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, v. 14, n. 3, p. 591-600, 2011.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRONE, D. M *et al.* “Art Lift” intervention to improve mental well-being: an observational study from UK general practice. **Int J Ment Health Nurs.**, v. 22, p. 279-286, 2012.

CUNHA, J. X. P. *et al.* Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de enfermagem. **Saúde Debate**, v. 36, n. 95, p. 657-664, 2012.

DALACORTE; R. R.; RIGO; J. C.; DALACORTE; A. Pain management in the elderly at the end of life. **N Am J Med Sci.**, v. 3, n. 8, p. 348–354, 2011.

DJERNES, J. K. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. **Acta Psychiatr Scand.**, v. 113, n. 5, p. 372-378, 2006.

DOIMO, L. A.; DERNTL, A. M.; LAGO, O. C. O uso do tempo no cotidiano de mulheres idosas: um método indicador do estilo de vida de grupos populacionais. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p.1133-1142, 2008.

DUARTE, M. C. S. *et al.* Prevalência e fatores sociodemográficos associados à fragilidade em mulheres idosas. **Rev Bras Enferm.**, v. 66, n. 6, p. 901-906, 2013.

DUNCAN, B. B. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev Saúde Pública**, v. 46 (supl), p. 126-134, 2012.

DUQUE, A. N.; SILVA, I. R. Papeis sócias e envelhecimento em uma perspectiva de Curso de Vida. **Rev Amazônica**, v. XI, n. 2, p. 310-326, 2013.

FÉLIX, Y. T. M.; CATÃO, M. F. F. M. Envelhecimento e aposentadoria por policiais rodoviários. **Psicol Soc.**, v. 25, n. 2, p. 420-429, 2013.

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**, v. 11, n. 1, p. 19-27, 2010.

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**, v. 47, n. 2, p. 401-407, 2013.

FIGUEIREDO, M. L. F. **A mulher idosa e a educação em saúde: saberes e práticas para a promoção do envelhecimento saudável**. 2005. 200f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem Anna Nery – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

FIGUEIREDO, M. L. F. *et al.* Diagnósticos de enfermagem do idoso acamado no domicílio. **Rev Bras Enferm.**, v. 61, n. 4, p. 464-469, 2008.

FIGUEIREDO, M. L. F. *et al.* Elderly women's experiences with depression. **Int Arch Med.**, v. 9, n. 111, p. 1-7, 2016.

FLORIANO, P. J. **O perfil de idosos assistidos por uma equipe de Saúde da Família do Centro de Saúde de Sousas, no município de Campinas – SP.** 2005. 152f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas Campinas, 2005.

FORTES-BURGOS, A. C. G.; NERI, A. L.; CUPERTINO, A. P. F. B. Eventos Estressantes, Estratégias de Enfrentamento, Auto-Eficácia e Sintomas Depressivos entre Idosos Residentes na Comunidade. **Psicol: Refl Crít.**, v. 21, n. 1, p. 74-82, 2008.

FORTES-BURGOS, A. C. G.; NERI, A. L.; CUPERTINO, A. P. F. B. Eventos de vida estressantes entre idosos brasileiros residentes na comunidade. **Estud Psicol.**, v. 14, n. 1, p. 69-75, 2009.

GUERRA, I. C.; CERQUEIRA, A. T. Riscos de hospitalizações repetidas em idosos usuários de um centro de saúde escola. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 585-592, 2007.

GOMES, R. Análise e Interpretação de dados em Pesquisa Qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social**. 26. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2007. p. 79-108.

GOMES, S. S. *et al.* O processo de luto pela perda de um filho em uma idosa cuidadora de um paciente crônico. **Psicol Hospitalar**, v. 13, n. 1, p. 64-90, 2015.

GONÇALVES, V. C.; ANDRADE, K. L. Prevalência de depressão em idosos atendidos em ambulatório de geriatria da região nordeste do Brasil (São Luís-MA). **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, v. 13, n. 2, p. 289-299, 2010.

HOFFMANN, E. J. *et al.* Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. **J Bras Psiquiatr.**, v. 59, n. 3, p. 190-197, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade (1980-2050):** revisão 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

_____. **Indicadores sociodemográfico e de saúde no Brasil.** Ministério do Planejamento, orçamento e gestão: Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010 [Internet].** Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>. Acesso em: 18 jan. 2014.

_____. **Censo Demográfico 2010**: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Ministério do Planejamento, orçamento e gestão: Rio de Janeiro: IBGE, 2010a.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**: síntese de indicadores 2012. Ministério do Planejamento, orçamento e gestão: Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

_____. **Tábuas completas de mortalidade 2013 [Internet]**. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2013/default.shtm>. Acesso em: 09 mai. 2015.

IRIGARAY, T. Q.; SCHNEIDER, R. H. Prevalência de depressão em idosos participantes da Universidade para a terceira idade. **Rev Psiquiatr RS.**, v. 29, n. 1, p. 19-27, 2007.

KLEIN, C. H.; BLOCH, K. V. Estudos seccionais. In: MEDRONHO, R. A. *et al.* **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 193-220.

LAGUARDIA, J. Raça e epidemiologia: as estratégias para construção de diferenças biológicas. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, p. 253-261, 2007.

LEHN, F. *et al.* Estado nutricional de idosos em uma instituição de longa permanência. **J Health Sci Inst.**, v. 30, n. 1, p. 53-58, 2012.

LYRA, D. G. P.; JESUS, M. C. P. Compreendendo a vivência da sexualidade do idoso. **Rev Nurs.**, v. 104, n. 9, p. 23-30, 2007.

LOURENÇO, R. A., VERAS, R. P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 712-719, 2006.

LOPES, J. M. *et al.* Associação da depressão com as características sociodemográficas, qualidade do sono e hábitos de vida em idosos do Nordeste brasileiro: estudo seccional de base populacional. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, v. 18, n. 3, p. 521-531, 2015.

MACIEL, A. C. C; GUERRA, R. O. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no nordeste do Brasil. **J Bras Psiquiatr.**, v. 55, n. 1, p. 26-33, 2006.

MARNIN, J. H. *et al.* Screening for suicide ideation among older Primary Care patients. **JABFM**, v. 23, n. 2, p. 260-269, 2010.

MARREIROS, M. O. C. *et al.* Representações sociais do envelhecimento elaboradas por mulheres idosas. In: TURA, L. F. R.; SILVA, A. O. (Orgs.). **Envelhecimento e representações sociais**. Rio de Janeiro: Faperj, 2012. p. 200-224.

MENDES, M. R. S. S. B. *et al.* A situação social do idosos no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paul Enferm.**, v. 18, n. 4, p. 422-426, 2005.

MAYER, K. U. New directions in Life Course research. **Annu Rev Sociol.**, v. 35, p. 413-433, 2009.

MILLER, T., CASTANHEIRA, H. C. The fiscal impact of population aging in Brasil: 2005 – 2015. **R Bras Est Pop.**, v. 30, Sup., p. S5-S23, 2013.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

_____. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.; PAULA, D. R. Revisão sistemática da produção acadêmica brasileira sobre causas externas e violência contra a pessoa idosa. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2719-2728, 2010.

MONTEIRO, M. L. S. Como vai a senhora? Reflexões sobre as perdas e angústias da mulher madura. **Rev IGT na Rede [Internet]**, v. 7, n. 13, p. 246-277, 2010.

Disponível em:

www.igt.psc.br/ojs/include/getdoc.php?id=1637&article=217&mode=pdf

Acesso em: 20 jan. 2015.

MORAES, E. N. (Org.). **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), 2012.

MORAES, E. N.; MARINO, M. C. A.; SANTOS, R. R. Principais síndromes geriátricas. **Rev Med Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 54-66, 2010.

MORAIS, E. C. *et al.* Abandono do idoso: instituição de longa permanência. **Acta Ciênc Saúde**, v. 2, n. 1, p. 26-38, 2012.

MORAIS, L. B.; PIRES, L. A (in)existência da depressão em mulheres idosas: um olhar sobre o contexto da UNATI-UCG. **Fragm Cultura**, v. 17, n. ¾, p. 421-438, 2007.

MOTA, M. E. Psicologia do desenvolvimento: uma perspectiva histórica. **Temas Psicol.**, v. 13, n. 2, p. 105-111, 2005.

NASSAB, Z. K.; ALLAHVIRDIYANI, K. The effects of fordyce´s happiness training on decreasing depression among elderly women. **Procedia Soc Behav Sci.**, v. 84, p. 501-503, 2013.

NERI, A. L. O legado de Paul B. Baltes à psicologia do desenvolvimento e do envelhecimento. **Temas Psicol.**, v. 14, n. 1, p. 17-34, 2006.

NOGUEIRA, E. L. *et al.* Rastreamento de sintomas depressivos em idosos na Estratégia Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 3, p. 368-377, 2014.

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

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

OLIVEIRA, J. P.; SANTOS, T. G. História de vida e habilidades comunicativas de idosos institucionalizados. **Terceira Idade**, v. 19, n. 2, p. 50-63, 2008.

OZAKI, Y. *et al.* Depression and chronic diseases in the elderly. **Rev Soc Bras Clin Med.**, v. 13, n. 2, p. 149-153, 2015.

PASKULIN, L. M. G. *et al.* Aging, diversity, and health: the Brazilian and the Canadian context. **Acta Paul Enferm.**, v. 24, n. 6, p. 851-856, 2011.

PEDRAZZI, E. C. *et al.* Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 18, n.1, p.1-8, 2010.

PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. **Análise de dados para ciências sociais: a complementariedade do SPSS.** 3. ed. Lisboa: Sílabo, 2003.

PIAUI. Lei Estadual n. 5.244, de 13 de Junho de 2002, que dispõe sobre a Política Estadual do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União [Internet]**. n. 92, 2002. Disponível em: 106 <http://www.diariooficial.pi.gov.br/diario/200605/6a1bb05c59ae54f.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2015.

_____. Lei Estadual n. 5.479, de 10 de agosto de 2005, que altera dispositivos da Lei n. 5.244, de 13 de junho de 2002, que dispõe sobre a Política Estadual do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União [Internet]**. 2005. Disponível em: <http://legislacao.pi.gov.br/legislacao/default/ato/12508> > Acesso em: 20 mai. 2015.

PIMENTA, F. B. *et al.* Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2489-2498, 2015.

PINHO, M. X.; CUSTÓDIO, O.; MAKDISSE, M. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, v. 12, n. 1, p. 123-140, 2009.

PUGA, D. *et al.* Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra. **Poblac Salud Mesoam.**, v. 5, n. 1, artículo 1, 2007.

QUEIROZ, Z. P. V.; PAPALÉO NETO, M. Envelhecimento bem-sucedido: aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. In: PAPALÉO NETO, M. **Tratado de gerontologia.** 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Editora Atheneu, 2007. p. 807-815.

RAVELLI, A. P. X. *et al.* A produção do conhecimento em enfermagem e envelhecimento: estudo bibliométrico. **Texto Contexto Enferm.**, v. 18, n. 3, p. 506-512, 2009.

REIS, H. F. T.; MOREIRA, T. O. O crack no contexto familiar: uma abordagem fenomenológica. **Texto Contexto Enferm.**, v. 22, n. 4, p. 1115-1123, 2013.

RESENDE, M. C. *et al.* Saúde mental e envelhecimento. **Rev Psicol**, v. 42, n. 1, p. 31-40, 2011.

RODRIGUES, L. R. *et al.* Perfil sociodemográfico, econômico e de saúde de idosos rurais segundo o indicativo de depressão. **Rev Eletr Enf. [Internet]**, v. 16, n. 2, p. 278-285, 2014. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n2/pdf/v16n2a02.pdf. Acesso em: 6 fev. 2015.

RUNCAN, P. L. Elderly institutionalization and depression. **Procedia Soc Behav Sci.**, v. 33, p. 109-113, 2012.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SANTOS, S. S. C. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontológica. **Rev Bras Enferm.**, v. 63, n. 6, p. 1035-1039, 2010.

SANTOS, R. M.; RIBEIRO, L. C. Percepção do usuário da estratégia saúde da família sobre a função do enfermeiro. **Cogitare Enferm.**, v. 15, n. 4, p. 709-715, 2010.

SANTOS, D. N. *et al.* Regime terapêutico inadequado em idosos acamados no domicílio. **REME - Rev Min Enferm.**, v. 13, n. 2, p. 169-176, 2009.

SCORALICK-LEMPKE, N. N.; BARBOSA, A. J. G. Educação e envelhecimento: contribuições da perspectiva *Life-Span*. **Estud Psicol.**, v. 29 (supl.), p. 647-655, 2012.

SHIN, J. H. *et al.* Predictors of and health services utilization related to depressive symptoms among elderly Koreans. **Soc Sci Med.**, v. 75, n. 1, p. 179-185, 2012.

SIFUENTES, T. R.; DESSEN, M. A.; OLIVEIRA, M. C. S. L. Desenvolvimento humano: desafios para a compreensão das trajetórias probabilísticas. **Psicol: Teoria e Pesq.**, v. 23, n. 4, p. 379-386, 2007.

SILVA, N. V. C.; BORGES, M. M. M. C. Perfil epidemiológico das mulheres idosas que apresentaram quedas na área de abrangência de uma superintendência regional de saúde. **Rev Enferm Integrada**, v. 7, n. 1, p. 1220-1230, 2014.

SILVA, I. R.; GÜNTHER, I. A. Papeis sociais e envelhecimento em uma perspectiva de Curso de Vida. **Psicol: Teoria e Pesq.**, v. 16, n. 1, p. 31-40, 2000.

SILVA, M. D. F.; FERREIRA-ALVES, J. O luto em adultos idosos: natureza do desafio individual e das variáveis contextuais em diferentes modelos. **Psicol: Teoria e Pesq.**, n. 25, v. 3, p. 588-595, 2012.

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

SILVA, G. E. M. *et al.* Depressão: conhecimento de idosos atendidos em Unidades de Saúde da Família no município de Limoeiro-PE. **REME - Rev Min Enferm.**, v. 18, n. 1, p. 82-87, 2014.

SOARES, M. B. O. *et al.* Características sociodemográficas, econômicas e de saúde de idosas octogenárias. **Cienc Cuid Saúde**, v. 8, n. 3, p. 452-459, 2009.

SOUSA, S. P. O; BRANCA, S. B. P. Panorama epidemiológico do processo de envelhecimento no mundo, Brasil e Piauí: evidências na literatura de 1987 a 2009. **Enferm Foco**, v. 2, n. 3, p. 188-190, 2011.

SOUSA, A. I.; SILVER, L. D. Perfil sociodemográfico e estado de saúde auto-referido entre idosas de uma localidade de baixa renda. **Esc Anna Nery.**, v. 12, n. 4, p. 706-716, 2008.

SOUZA, A. S. *et al.* Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos com sintomas depressivos. **Rev Enferm UERJ**, v. 21, n. 3, p.355-360, 2013.

SUASSUNA, P. D. *et al.* Fatores associados a sintomas depressivos em idosos atendidos em ambulatório público de Geriatria. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, v. 15, n. 4, p. 643-650, 2012.

SUZUKI, M. Y.; SILVA, T. L. B.; FALCÃO, D. V. S. Idosas viúvas: da perda a reorganização. **Rev Kairós Gerontol.**, v.15, n. 4, p. 207-223, 2012.

TELLES, J. L.; BORGES, A. P. A. Velhice e saúde na região da África Subsaariana: uma agenda urgente para a cooperação internacional. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3553-3562, 2013.

TORRES, C. A.; BESERRA, E. P.; BARROSO, M. G. T. Relações de gênero e vulnerabilidade as doenças sexualmente transmissíveis: percepções sobre a sexualidade dos adolescentes. **Esc Anna Nery.**, v.11, n. 2, p. 296-302, 2007.

TORRES, T. Z. G.; MAGNANINI, M. M. F.; LUIZ, R. R. Amostragem. In: MEDRONHO, R. A. (Orgs.). **Epidemiologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2012. p. 403-414.

TORRES, C. *et al.* Depresión y diabetes: una asociación frecuente. **Bol Hosp Viña del Mar**, v. 70, n. 4, p. 157-160, 2014.

TURATTI, B. O. Implicações da viuvez na saúde: uma abordagem fenomenológica em Merleu-Ponty. **Sau & Transf Soc.**, v. 3, n. 1, p. 32-38, 2012.

VARLEY, A.; BLASCO, M. Cosechan lo que siembran? Mujeres ancianas, vivienda y relaciones familiares em el México urbano. In: GOMES, C. (Comp.). **Procesos sociales, población y familia: alternativas teóricas y empíricas em las investigaciones sobre vida doméstica**. México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, 2001. p. 301-323.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

VERAS, R. P. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, v. 14, n. 4, p. 779-786, 2011.

_____. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 231-238, 2012.

ZEITOUNE, R. C. G. *et al.* O conhecimento de adolescentes sobre drogas lícitas e ilícitas: uma contribuição para a enfermagem comunitária. **Esc Anna Nery**, v. 16, n. 1, p. 57-63, 2012.

WEE, L. E. *et al.* Individual and area-level socioeconomic status and their association with depression amongst community-dwelling elderly in Singapore. **Aging Ment Health**, v. 18, n. 5, p. 628-641, 2014.

WEYERER, S. *et al.* Incidence and predictors of depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older: results from a 3-year follow-up study. **Age Ageing.**, v. 42, p. 173-170, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATIO (WHO). **Mulheres e saúde**: evidências de hoje agenda de amanhã. Brasília: WORLD HEALTH ORGANIZATIO, 2009.

_____. **Good health adds life to year**: global brief for world health day 2012. Geneva: WORLD HEALTH ORGANIZATIO, 2012.

YAKA, E. *et al.* Prevalence and risk factors of depression among community dwelling elderly. **Arch Gerontol Geriatr.**, v. 59, p.150-154, 2014.

YAÑEZ, A. O.; KLIJN, T. P. Enfermería basada en evidencia. Barreras y estrategias para su implementación. **Cienc Enferm.**, v. 13, n. 1, p. 17-24, 2007.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data da entrevista: ____/____/____

Entrevistador: _____

Iniciais da entrevistada: _____

- 1- Fale-me como a senhora se sente neste momento.
- 2- O que a senhora acha que contribuiu para o aparecimento desses sintomas?
- 3- Qual fato marcou o aparecimento desses sintomas?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do projeto: Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em mulheres idosas assistidas na Atenção Básica, na perspectiva do curso de vida.

Pesquisadora responsável: Maria do Livramento Fortes Figueiredo.

Instituição/Departamento: UFPI/Departamento de Enfermagem.

Telefone para contato: (86) 3215-5862

Local da coleta de dados: Domicílio das mulheres idosas

Prezada Senhora:

A senhora está sendo convidada a responder, em um primeiro momento, às perguntas de um formulário contendo dados sociodemográficos e condições de saúde e da Escala de Depressão Geriátrica. Caso seja necessário, em um segundo momento, será aplicado um roteiro de entrevista. Antes de concordar em participar de forma totalmente voluntária desta pesquisa e responder estes instrumentos, é muito importante que compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que tiver. Este estudo está sendo conduzido pela **Profa. Dra. Maria do Livramento Fortes Figueiredo**. Depois de esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de autorizar este estudo, assine este documento que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. A senhora tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade.

Esclarecimento sobre a pesquisa

Objetivos do estudo:

Geral: Analisar a prevalência de sintomas depressivos e os fatores associados em mulheres idosas assistidas na Atenção Básica, na perspectiva do curso de vida.

Específicos: Estimar a prevalência de sintomas depressivos em mulheres idosas assistidas na Atenção Básica do município de Teresina-PI; Investigar a associação entre os sintomas depressivos e as variáveis sociodemográficas e condições de saúde em mulheres idosas assistidas na Atenção Básica do município de Teresina-PI; e Compreender o desencadeamento dos sintomas depressivos em mulheres idosas assistidas na Atenção Básica do município de Teresina-PI, na perspectiva do curso de vida.

Procedimentos: Sua participação nesta pesquisa consistirá inicialmente em responder ao formulário contendo os dados sociodemográficos e de condições de saúde e aos 15 (quinze) itens da Escala de Depressão Geriátrica. Caso seja necessário, em outro momento, será aplicado um roteiro de entrevista contendo 3 (três) questões abertas, quais sejam: Fale-me como a senhora se sente neste momento; o que a senhora acha que contribuiu para o aparecimento desses sintomas e qual fato marcou o aparecimento desses sintomas? Para a gravação dos depoimentos, será utilizado um Mp3.

Benefícios: Os benefícios não serão diretos aos participantes, porém eles existem, pois através da realização dessa investigação busca-se subsidiar medidas de promoção da saúde, além de incentivar as instituições de saúde, os docentes e discentes para realizarem estudos congêneres que possibilitem um novo olhar a esta clientela, permitindo a prestação de um cuidado integral e humano.

Riscos: Este estudo não pretende oferecer riscos para os sujeitos participantes, entretanto poderá haver constrangimento no ato da entrevista, pois as depoentes estarão discorrendo sobre suas vidas. Para minimizar esses riscos as entrevistas serão realizadas nos domicílios resguardando o sigilo e a confidencialidade das informações fornecidas, bem como será utilizada uma abordagem simples e de fácil entendimento para estabelecer uma relação de confiança entre pesquisador e/ou colaboradores e sujeitos do estudo.

Sigilo: A senhora terá sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. As participantes da pesquisa não serão identificadas em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta investigação forem divulgados em qualquer forma.

Consentimento

Eu _____ tive pleno conhecimento das informações que me foram repassadas sobre o estudo "Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em mulheres idosas assistidas na Atenção Básica, na perspectiva do curso de vida". Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, a ausência de riscos, as garantias de confiabilidade e de esclarecimento permanentes e que a minha participação é

isenta de despesas e que tenho garantia de acesso à pesquisa. Concordo voluntariamente, em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer tempo, antes ou durante o mesmo.

Local e data

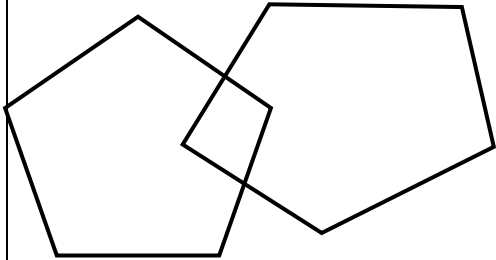
Assinatura - nº identidade

Assinatura do pesquisador responsável - nº identidade

Pesquisador responsável

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com a pesquisadora Pof^a Dr^a Maria do Livramento Fortes Figueiredo – UFPI – Campus Universitário Ministro Petrônio Portela, Departamento de Enfermagem, SG 12, tel.: (86) 3215-5862, e-mail: liff@ufpi.edu.br ou com o Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Pró Reitoria de Pesquisa – PROPESQ, CEP: 64.049-550, Bairro Ininga, Teresina – PI, tel.: (86) 3237-2332, e-mail: cep.ufpi@ufpi.br, web: www.ufpi.br/cep.

ANEXO A – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

Orientação temporal e espacial	
___/ 5 pontos	Em que ano, semestre, mês, data e dia/semana estamos?
___/ 5 pontos	Qual estado, cidade, bairro, local geral (residência), local específico (sala, quarto, cozinha) nós estamos?
Memória Imediata	
___/ 3 pontos	REPITA AS PALAVRAS: BOLA, PICOLÉ, CASA.
Atenção e Cálculo	
___/ 5 pontos	Subtrair: 100-7, 93-7, 66-7, 79-7, 72-7 (5 tentativas: 93-86-79-72-65) Alternativamente solete MUNDO de trás para frente
Memória de Evocação	
___/ 3 pontos	Repita as palavras ditas anteriormente (bola, picolé, casa)
Linguagem	
___/ 2 pontos	Nomear relógio e caneta
___/ 1 ponto	Repetir deve ser perfeita: “Nem aqui, nem ali, nem lá”
___/ 3 pontos	Siga as instruções: “Pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio uma vez e o coloque no chão”.
___/ 1 ponto	Ler e executar a ordem: “Feche os olhos”
___/ 1 ponto	Escreva uma frase (começo, meio e fim - sentido)
___/ 1 ponto	Copie o desenho <div style="text-align: center;">  </div>
TOTAL: _____ / 30 pontos	

Fonte: Bertulocci *et al.*, 1994

ANEXO B – FORMULÁRIO

Data da entrevista: ____/____/____

Entrevistador: _____

Iniciais da entrevistada: _____

Endereço e telefone da entrevistada: _____

INFORMAÇÕES PESSOAIS
<p>A1) Idade _____ (anos completos) Data de nascimento: ____/____/____</p>
<p>A3) Qual é a cor da sua pele? (1) Branca (3) Amarela (5) Indígena (2) Parda (4) Preta (99) NS / NR</p>
<p>A4) Local de nascimento? <i>(Ver documento, se necessário)</i> (1) Cidade (2) Interior (99) NS / NR</p>
<p>A5) Qual seu estado civil? (1) Solteira (2) Casada (3) Divorciada / desquitada (4) Separada (5) Viúva (6) (99) NS/NR</p>
<p>A8) Quantas pessoas moram na casa atualmente, incluindo a Sra.? _____</p>
<p>A9) Com quem a Sra. Mora? (1) Sozinha (2) Somente com o cônjuge (3) Cônjuge e filho(s) (4) Cônjuge, filhos, genro ou nora (5) Somente com o(s) filho(s) (6) Arranjos trigeracionais (idoso, filhos e netos) (7) Arranjos intrageracionais (com outros idosos e o cônjuge) (8) Arranjo intrageracionais (somente com outros idosos) (9) Somente com os netos (sem filhos) (10) Não familiares (11) Outros (especifique) _____ (99) NS / NR</p>
<p>A10) Quem é o chefe ou o responsável do domicílio? (1) Própria idosa (2) Cônjuge (3) Filho(a) (4) Outro familiar (4) Não familiar (99) NS / NR</p>
<p>A11) Como ocorreu a organização da família nesta moradia? (1) A Sra. Veio morar aqui? (2) As outras pessoas vieram morar com a Sra.? (88) Não se aplica (99) NS / NR</p>
<p>A12) Qual a principal razão pela qual a Sra. / outras pessoas moram aqui? (aplicar apenas se a resposta do item anterior for 1 ou 2) (1) Estar perto de/ou com o (a) filho (a) / pais</p>

<p>(2) Estar perto de/ou com familiares ou amigos (3) Estar perto dos serviços de saúde (4) Medo da violência (5) Falecimento do esposo / companheiro (6) Por união conjugal (7) Por separação conjugal (8) Custo da moradia / situação financeira (9) Precisava de cuidados (10) Outro (88) Não se aplica (99) NS / NR</p>
A13) Quantos filhos estão vivos? _____ (99) NS / NR
<p>A14) Qual é a sua religião? (0) Nenhuma (1) Católica (2) Protestante ou evangélica (3) Espírita (4) Judaica (5) Outra (especifique) _____ (99) NS / NR</p>
<p>A15) Quando a Sra. necessita de atenção para acompanhar sua saúde, qual o tipo de serviço que a Sra. utiliza como principal opção? (1) SUS (2) Convênio de saúde (3) Particular (4) Farmácia (5) Benzendeira (6) Outro (especifique) _____ (88) Não se aplica (99) NS / NR</p>
PERFIL SOCIAL
B1) Escolaridade: Quantos anos você frequentou a escola: _____ Anos (Se nenhum, colocar "0")
<p>B2) Qual é a renda mensal em quantidade de salários mínimos? Idoso: _____ Família (incluir a idosa e as demais pessoas que vivem na casa): _____ (99) NS / NR</p>
<p>B3) Qual (is) dessas rendas a Sra. tem? (Pode ter mais de uma opção) (1) Não tem (2) Tem (99) NS / NR B3a) Aposentadoria () B3b) Pensão () B3c) Aluguel () B3d) Trabalho próprio () B3e) Doações (Família, amigos, instituições) () B3f) Outras (especifique) _____</p>
B4) Há quantos anos você está aposentada? _____ (Se não for aposentada, colocar 0)
<p>B5) No seu entender, de acordo com sua situação econômica atual, de que forma a Sra. avalia suas necessidades básicas (alimentação, moradia, saúde, etc) ? (1) Muito boa (3) Regular (5) Péssima</p>

(2) Boa	(4) Ruim	(99) NS / NR
B6) Em geral, em comparação com a situação econômica de outras pessoas de sua idade, diria que sua situação econômica é:		
(1) Melhor	(3) Pior	
(2) Igual	(99) NS / NR	
B7) Quais das seguintes atividades a Sra. Realiza? (0) Não (1) Sim		
B7a) Nenhuma ()		
B7b) Atividades domésticas ()		
B7c) Esporte/dança ()		
B7d) Trabalho voluntário/comunitário ()		
B7e) Trabalho remunerado ()		
B7f) Outros: Quais?		
B9) A casa onde a Sra. mora é:		
(1) Própria-quitada		
(2) Paga aluguel		
(3) Própria- paga prestação		
(4) Cedida- sem aluguel		
(5) Outros (especificar): _____		
(99) NS/NR		
B10) Como a Sra. avalia sua memória atualmente?		
(1) Excelente		
(2) Muito boa		
(3) Boa		
(4) Regular		
(5) Ruim		
(6) Péssima		
(99) NS / NR		
B11) Comparando com um ano atrás, a Sra. diria que sua memória está:		
(1) Melhor	(3) Pior	
(2) Igual	(99) NS / NR	

PROBLEMAS DE SAÚDE

	SIM	NÃO	NS/ NR	Toma medicação prescrita pelo médico?
F1) Anemia	1	2	99	
F2) Ansiedade / Transtorno do pânico	1	2	99	
F3) Artrite (reumatóide, osteoartrite, artrose)	1	2	99	
F4) Asma ou Bronquite	1	2	99	
F5) Audição prejudicada	1	2	99	
F6) Câncer. Qual? _____	1	2	99	
F7) DPOC/enfisema (doença broncopulmonar)	1	2	99	
F8) Diabetes Mellitus	1	2	99	
F9) Depressão	1	2	99	
F10) Derrame	1	2	99	
F11) Doença cardíaca	1	2	99	
F12) Doença Gastrointestinal (gastrite,	1	2	99	

úlceras, hérnia, refluxo)				
F13) Doença vascular periférica (varizes)	1	2	99	
F14) Doença Neurológica (Parkinson, Alzheimer esclerose)	1	2	99	
F15) Hipertensão Arterial	1	2	99	
F16) Incontinência urinária e/ou fecal	1	2	99	
F17) Obesidade	1	2	99	
F18) Osteoporose	1	2	99	
F19) Prisão de ventre	1	2	99	
F20) Problemas de coluna	1	2	99	
F21) Visão prejudicada (catarata / glaucoma)	1	2	99	
F22) Outras Qual? _____	1	2	99	

*** : Itens adaptados no Roteiro Estruturado original.**

Exclusão das variáveis A2, A6, A7, B8 e da informação sobre o nome comercial da medicação prescrita pelo médico do ANEXO F.

**ANEXO C - ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA – VERSÃO REDUZIDA
(EDG-15)**

1- Você está basicamente satisfeito com a sua vida? <input type="checkbox"/> Sim (0) <input type="checkbox"/> Não (1)
2- Você deixou muitos de seus interesses e atividades? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (0)
3- Você sente que sua vida está vazia? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (0)
4- Você se aborrece com frequência? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (0)
5- Você se sente de bom humor a maior parte do tempo? <input type="checkbox"/> Sim (0) <input type="checkbox"/> Não (1)
6- Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (0)
7- Você se sente feliz a maior parte do tempo? <input type="checkbox"/> Sim (0) <input type="checkbox"/> Não (1)
8- Você sente que sua situação não tem saída? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (0)
9- Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (0)
10- Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (0)
11- Você acha maravilhoso estar vivo? <input type="checkbox"/> Sim (0) <input type="checkbox"/> Não (1)
12- Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (0)
13- Você se sente cheio de energia? <input type="checkbox"/> Sim (0) <input type="checkbox"/> Não (1)
14- Você acha que sua situação é sem esperanças? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (0)
15- Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (0)
0 – 5: sem sintomas depressivos / 6 – 10: sintomas leves ou moderados / 11-15: sintomas graves

Fonte: Almeida; Almeida, 1999

ANEXO D – AUTORIZAÇÃO DO NÚCLEO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM GERIÁTRICA E GERONTOLÓGICA - NUPEGG



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS / DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PPGEnf/CCS/UFPI



Ofício PPGENF nº 081/ 2015

Teresina, 28 de Setembro de 2015

Do: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/CCS/UFPI
Para: Profa. Dra. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues.

Prezada Profa Rosalina Partezani,

Ao tempo em que cumprimentamos V.Sª solicitamos AUTORIZAÇÃO do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Geriátrica e Gerontologia – NUPEGG da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP para utilização do Roteiro Estruturado na coleta de dados do estudo de Tese de Doutorado intitulado: Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em mulheres idosas assistidas na Atenção Básica, na perspectiva do curso de vida, da Doutoranda do PPGEnf/CCS/UFPI: Jaqueline Carvalho e Silva Sales, orientada pela Profa. Dra. Maria do Livramento Fortes Figueiredo.

Na oportunidade informamos que iremos utilizar neste estudo os seguintes anexos: Anexo A (Informações Pessoais), Anexo B (Perfil Social) e Anexo F (Problemas de Saúde).

Sem mais para o momento agradecemos antecipadamente o envio desta AUTORIZAÇÃO para que possamos encaminhar o referido projeto para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Maria do Livramento Fortes Figueiredo
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf/CCS/UFPI)

Ilma. Srª
Profa. Dra. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues
Professora/Pesquisadora do NUPEGG/EERP/USP

Autorizamos.
Analina - Figueiredo
16.10.2015

ANEXO E – AUTORIZAÇÃO DO NÚCLEO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM GERIÁTRICA E GERONTOLÓGICA – NUPEGG PARA EXCLUSÃO E ADAPTAÇÃO DO FORMULÁRIO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS / DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PPGEn/CCS/UFPI



Ofício PPGEN nº 116/12/2015

Tereziña (PI), 07 de Dezembro de 2015

De: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/CCS/UFPI
Para: Prof. Dr^a Rosalina Aparecida Parizani Rodrigues

Prezada Prof. Rosalina Parizani,

Ao tempo em que cumprimentamos V.S.^a, informamos que recebemos a autorização do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Geriátrica e Gerontológica (NUPEGG) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP, para utilizar o **Roteiro Estruturado** (Anexo A, B e F), instrumento elaborado e validado pelo NUPEGG/EEERP/USP que tem como licenciosa senhoria.

No entanto, ao realizarmos este piloto antes de iniciar a coleta de dados do **Projeto de Pesquisa da Tese de Doutorado "Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em mulheres idosas assistidas na Atenção Básica, na perspectiva do curso de vida"**, da Doutoranda do PPGEn/CCS/UFPI: Laqueline Carvalho e Silva Sales, orientada pela Prof.^a Dr.^a Maria do Livramento Fortes Figueiredo, verificou-se a necessidade de **EXCLUSÃO E ADAPTAÇÃO** de alguns itens, especialmente em decorrência do baixo nível de escolaridade da população do estudo na realidade local. Assim apresentamos as alterações que julgamos necessárias para que tenhamos a **AUTORIZAÇÃO** de V.S.^a para de fato iniciar a coleta de dados, como se segue abaixo:

1. Solicitamos exclusão das variáveis A2, A6, A7, B6 e da informação sobre o nome comercial da medicação prescrita pelo médico do ANEXO F.
2. Solicitamos adaptação da variável A4 passando o item 1 intitulado no roteiro original de Urbano para Cidade e o item 2 de Rural para Interior.
3. Solicitamos adaptação da variável A11 para: Como ocorreu a organização da família nesta moradia?


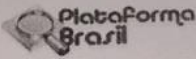
Atenciosamente,

Autorizado
— *Andréia Sales*
13/01/2016

Prof.^a Dr.^a Maria do Livramento Fortes Figueiredo
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
(PPGEn/CCS/UFPI)

Ilma. 3ª
Prof.^a Dr.^a Rosalina Aparecida Parizani Rodrigues
Professora/Pesquisadora do NUPEGG/EEERP/USP

ANEXO F – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

	UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS E FATORES ASSOCIADOS EM MULHERES IDOSAS ASSISTIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA, NA PERSPECTIVA DO CURSO DE VIDA.		
Pesquisador: MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO		
Área Temática:		
Versão: 1		
CAAE: 51254815.4.0000.5214		
Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 1.346.102		
Apresentação do Projeto:		
Este estudo constitui-se uma pesquisa de métodos mistos que consiste em um tipo de investigação que combina as abordagens quantitativas e qualitativas. O estudo será realizado nos domicílios das mulheres idosas residentes na área urbana de Teresina adstrita às três Diretorias Regionais de Saúde (DRS), quais sejam Centro/Norte, Sul e Leste/Sudeste. A amostra para o desenvolvimento deste estudo será de 206 mulheres idosas (etapa quantitativa) e todas às mulheres idosas que apresentarem sintomas depressivos (etapa qualitativa). Para coleta de dados serão utilizados quatro instrumentos, quais sejam: o MEEM; um formulário contendo dados sociodemográficos e condições de saúde; a Escala de Depressão Geriátrica – versão reduzida (GDS - 15); e um roteiro de entrevista contendo 3 (três) questões abertas sobre o desencadeamento de sintomas depressivos por mulheres idosas. Na pesquisa de método misto explanatório sequencial utilizam-se passos que recaem em estágios separados, ou seja, primeiro são coletados os dados quantitativos e depois os qualitativos. A coleta de dados ocorrerá no período de janeiro a maio de 2016. Será realizada uma análise descritiva e inferencial dos dados quantitativos, já, dos dados qualitativos será realizada uma análise temática.		
Objetivo da Pesquisa:		
Objetivo Primário:		
Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa		
Bairro: Ininga		CEP: 64.049-550
UF: PI	Município: TERESINA	
Telefone: (86)3237-2332	Fax: (86)3237-2332	E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br

Página 01 de 04



Continuação do Parecer: 1.346.102

Analisar a prevalência de sintomas depressivos e os fatores associados em mulheres idosas assistidas na Atenção Básica, na perspectiva do curso de vida.

Objetivo Secundário:

Estimar a prevalência de sintomas depressivos em mulheres idosas assistidas na Atenção Básica, do município de Teresina-PI. Identificar os fatores associados aos sintomas depressivos em mulheres idosas assistidas na Atenção Básica, do município de Teresina-PI. Investigar a associação entre os sintomas depressivos e as variáveis sociodemográficas e condições de saúde. Compreender o desencadeamento dos sintomas depressivos em mulheres idosas na perspectiva do curso de vida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:

Este estudo não pretende oferecer riscos para as participantes, entretanto, poderá haver constrangimento no ato da entrevista, pois as depoentes estarão discorrendo sobre suas vidas. Para minimizar esses riscos as entrevistas serão realizadas nos domicílios das mulheres idosas resguardando o sigilo e a confidencialidade das informações fornecidas, bem como será utilizada uma abordagem simples e de fácil entendimento para estabelecer uma relação de confiança entre pesquisador e/ou colaboradores e as participantes do estudo.

Benefícios:

Os benefícios não serão diretos aos participantes, porém eles existem, pois através da realização dessa investigação busca-se subsidiar medidas de promoção da saúde, além de incentivar as instituições de saúde, os docentes e discentes para realizarem estudos congêneres que possibilitem um novo olhar a esta clientela, permitindo a prestação de um cuidado integral e humano."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de proposta relevante, tendo em vista que o mesmo possibilitará o conhecimento da prevalência de sintomas depressivos e os fatores associados em mulheres idosas assistidas na Atenção Básica, do município de Teresina, bem como o desencadeamento dos sintomas depressivos nesse grupo populacional na perspectiva do curso de vida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 1.346.102

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto apto a ser desenvolvido do ponto de vista ético.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP aguarda o envio dos relatórios parciais e final da pesquisa.

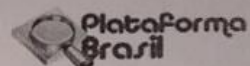
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_627549.pdf	24/11/2015 15:51:45		Aceito
Outros	CartaEncaminhamento.pdf	24/11/2015 15:50:40	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaodosPesquisadores.pdf	24/11/2015 15:50:03	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Aceito
Outros	CurriculumVitaelLivramentoFigueiredo.pdf	17/11/2015 13:19:11	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Aceito
Outros	AutorizacaoFMS.pdf	17/11/2015 13:18:25	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Aceito
Outros	TermodeConfidencialidade.pdf	17/11/2015 13:16:57	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Aceito
Outros	CartadeEncaminhamento.pdf	17/11/2015 13:16:24	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Aceito
Outros	InstrumentosparaColetadeDados.pdf	17/11/2015 13:15:27	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE.pdf	17/11/2015 13:14:55	MARIA DO LIVRAMENTO	Aceito

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAÚÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 1.346.102

Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/11/2015 13:14:55	FORTES FIGUEIREDO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto de Tese de Doutorado.pdf	17/11/2015 13:14:35	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoPesquisadores.pdf	17/11/2015 13:13:52	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	17/11/2015 13:12:45	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 01 de Dezembro de 2015

Assinado por:
Adrianna de Alencar Setubal Santos
(Coordenador)

Profª Adrianna de Alencar Setubal Santos
Coordenadora CEP-UFPI
Portaria Propesq N° 16/2014

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br