UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ROSELY ALMEIDA SOUZA

VULNERABILIDADE SOCIAL E FUNCIONALIDADE FAMILIAR DE IDOSOS COM SINTOMAS DEPRESSIVOS

SÃO PAULO
2013

ROSELY ALMEIDA SOUZA

VULNERABILIDADE SOCIAL E FUNCIONALIDADE FAMILIAR DE IDOSOS COM SINTOMAS DEPRESSIVOS

Versão corrigida da Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências.

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Profª Drª Maria Amélia de Campos Oliveira

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo

SÃO PAULO
2013

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____Data:___/____/___

Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Souza, Rosely Almeida
Vulnerabilidade social e funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos / Rosely Almeida Souza. -- São Paulo, 2013.
110 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orientadora: Profa. Dra. Maria Amélia de Campos Oliveira
Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Idosos 2. Depressão 3. Relações Familiares
4. Vulnerabilidade I. Título

Título: Vulnerabilidade social e funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências.

Aprovado em: 20/12/2013

Banca Examinadora

Profª. Drª. Mª Amélia C. Oliveira Instituição: EEUSP

Julgamento: Aprovada Assinatura:

Profª. Drª. Fernanda Amendola Instituição: C U São Camilo

Julgamento: APROVADA Assinatura:

Profª. Drª. SUELY I. CROSA Instituição: EEUSP

Julgamento: APROVADA Assinatura:

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às pessoas mais importantes da minha vida,

pelo apoio e amor incondicional que transmitiram

pelo que me ensinaram e pelo que sou

Aos meus pais e minhas irmãs

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me amparar nos momentos difíceis, dar-me força interior para superar as dificuldades, mostrar os caminho nas horas incertas e suprir todas as minhas necessidades.

Aos meus queridos pais Maria Aparecida dos Santos Souza e Severino de Almeida Souza que me incentivaram e me apoiaram em todos os momentos e em todas as minhas decisões. Sem o amor e o conforto que vocês transmitem nada seria possível.

Às minhas irmãs Neusely Kato e Ligia de Almeida Souza pela cumplicidade e amor presente em nossas vidas.

À orientadora Profª Drª Maria Amélia de Campos Oliveira, primeiro por tornar esse sonho possível e segundo pela competência, pela paciência em conduzir a pesquisa, pelos ensinamentos transmitidos sempre com muita alegria e por tornar todos os momentos desse estudo sempre muito agradáveis.

À Profª Drª. Márcia Regina Martins Alvarenga, por ter me apresentado a um mundo de possibilidades, por acreditar e me estimular sempre. Pelos conselhos que foram muito importantes, pelas preocupações desde o início. Não consigo descrever em palavras o quão importante você é para mim, mas consigo dizer que te considero uma mãe.

Ao Prof. Odival Faccenda, pela dedicação ao longo de toda assessoria estatística deste estudo e pelos ensinamentos transmitidos sempre com muita paciência.

Ao Thiago, pela amizade e por ter me ajudado em todos os momentos da coleta de dados. Sem você tudo seria muito mais difícil.

Às integrantes do grupo de pesquisa GPENSI e também amigas Adriana Sanches Flores, Thais Barizon, Claucia Raquel Aiolfi, Janicéli Rosa Lisboa e Olivia Alves da Silva, pelo auxílio durante a coleta de dados e pelo comprometimento que tiveram com este estudo.

Às amigas do grupo de pesquisa da USP, Cíntia Hitomi Yamashita, Jaqueline Correia Gaspar e Fernanda Amendola, pelo apoio recebido durante o tempo que passei com vocês.

Às amigas Gislaine Desani da Costa, Osmara Alves dos Santos e Marina Nolli Bittencourt por me auxiliarem e por terem sempre uma palavra de conforto. Vocês foram muito especiais para mim.

Aos idosos que participaram desse estudo e que me ensinaram muito.

À Flávia Claudia K.J. Brito por facilitar o momento da coleta de dados e por todas as informações fornecidas para o desenvolvimento deste estudo.

Às funcionárias do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva e da Seção de Pós-Graduação da EEUSP, meu muito obrigada pela atenção e disposição.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pela concessão da bolsa de mestrado.

A todos, muito obrigada!

"Tenho algo a descobrir de próprio, algo que ninguém possui a tarefa de descobrir em meu lugar.

Se minha existência tem um sentido, se ela não é vã, tenho uma posição no ser que é um convite a colocar uma questão que ninguém pode colocar no meu lugar

A estreiteza de minha condição, de minha informação, de meus encontros e de minhas leituras já esboça a perspectiva finita de minha vocação de verdade

No entanto, por outro lado, procurar a verdade quer dizer que aspiro a dizer uma palavra válida para todos, que se destaca sobre o fundo de minha situação como um universal

Não quero inventar, dizer o que me agrada, mas aquilo que é."

(Paulo Ricoer)

Souza RA. Avaliação da vulnerabilidade social e da funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.

RESUMO

Os sintomas depressivos na velhice são um transtorno que interfere na qualidade de vida, nas relações sociais e na capacidade de autocuidado dos idosos. A vulnerabilidade social da família pode influenciar os agravos em saúde, uma vez que as condições de pobreza impossibilita atender as necessidades básicas de seus membros. A disfunção familiar também provoca o distanciamento entre os membros, interferindo no relacionamento entre o idoso e seus familiares. Este estudo teve como objetivo avaliar a associação entre a presença de sintomas depressivos em idosos, a vulnerabilidade social da família e a funcionalidade familiar. Estudo analítico, observacional, do tipo caso-controle, realizado em 33 Unidades da Estratégia Saúde da Família de Dourados, MS. A amostra foi composta por 374 idosos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos. Os 187 que apresentaram sintomas depressivos avaliados pela Escala de Depressão Geriátrica constituíram os 187 casos e os demais, os 187 controles. As entrevistas foram realizadas no período de novembro de 2012 a março de 2013, sendo utilizados os seguintes instrumentos: formulário para caracterização sociodemográfica, Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens, Apgar de Família e Índice de Desenvolvimento da Família. Verificou-se que maioria dos idosos era do sexo feminino, com idade média de 71,8 anos. A prevalência de sintomas depressivos foi de 41,5% e a maioria dos idosos com sintomas depressivos vivia sem o companheiro. Quanto à vulnerabilidade social, 50,0% das famílias encontrava-se em situação de vulnerabilidade considerada grave. As dimensões mais comprometidas foram o acesso ao conhecimento e ao trabalho. Não houve associação significativa entre os sintomas depressivos e a vulnerabilidade social. Quanto à funcionalidade familiar, 23,8% das

famílias apresentava disfunção moderada e elevada. Observou-se associação entre os sintomas depressivos e a disfuncionalidade familiar moderada e elevada (OR = 5,36; 95% IC = 3,03-9,50; p =< 0,001). Também se mostraram associados à presença de sintomas depressivos o sexo feminino (OR = 1,87; 95% IC = 1,15-3,04; p = 0,012), a presença de quatro e mais pessoas residindo no mesmo domicílio (OR = 2,26; 95% IC = 1,34-3,82; p = 0,002) e a ausência de atividade física (OR = 1,67; 95% IC = 1,00-2,82; p =0,055). A família funcional pode representar apoio efetivo para idosos com sintomas depressivos, pois oferece um ambiente de conforto que assegura o bem-estar de seus membros. Já a família disfuncional dificilmente consegue prover a atenção necessária ao idoso, o que pode agravar os sintomas depressivos. Ressalta-se a importância da utilização do instrumento Apgar de Família pelos profissionais da ESF com o intuito de avaliar as relações familiares na assistência ao idoso.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso. Depressão. Relações familiares. Vulnerabilidade social.

Souza RA. Social vulnerability and family functioning of older people with depressive symptoms [dissertation]. São Paulo (SP), Brazil: School of Nursing, University of São Paulo; 2014.

ABSTRACT

Depressive symptoms in old age are a disorder that interferes with quality of life, social relationships and the ability to self-care. Family social vulnerability can influence health disorders, since poverty conditions make impossible to meet the basic needs of its members. The family dysfunction also causes its members detachment, interfering in the relationship between the elderly and the relatives. This study aimed to evaluate the association between the presence of depressive symptoms in the elderly, the social vulnerability of the family and family functioning. Analytical, observational, case-control, conducted in 33 units of the Family Health Strategy (FHS) in Dourados, MS. The sample consisted of 374 elderly of both sexes, aged 60 years or more, who showed depressive symptoms measured by the Geriatric Depression Scale, 187 cases and 187 controls. The interviews were conducted from November 2012 to March 2013, and the following instruments were used: form for sociodemographics, Geriatric Depression Scale 15 items, Family Apgar and Family Development Index. It was found that most seniors were female with a mean age of 71.8 years. The prevalence of depressive symptoms was 41.5 % and most of the older people with depressive symptoms lived without a partner. Regarding social vulnerability, 50.0% of families find themselves in vulnerable situations considered serious. The most affected dimensions were access to knowledge and labor. There was no significant association between depressive symptoms and social vulnerability. Regarding the family functionality, 23.8% of households had moderate and high dysfunction. It was found an association between depressive symptoms and family dysfunction moderate and high (OR = 5.36, 95% CI = 3.03 to 9.50, p = < 0.001). The female sex was also associated with the presence of depressive symptoms (OR = 1.87,

95 % CI = 1.15 to 3.04, p = 0.012), as well as the presence of four or more persons residing in the same household (OR = 2.26, 95% CI = 1.34 to 3.82, p = 0.002) and lack of physical activity (OR = 1.67, 95% CI = 1.00 to 2.82, p = 0.055). A functional family may represent effective support for older people with depressive symptoms, as it offers an environment of comfort that ensures the wellbeing of its members. A dysfunctional family can hardly provide the necessary care for the elderly, which can exacerbate depressive symptoms. The importance of using Family Apgar by FHS professionals is stressed in order to assess family relationships in the elderly care.
KEYWORDS: Elderly. Depression. Family relationship. Social vulnerability.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa de Mato Grosso do Sul com a distribuição das Estratégias de Saúde da Família, dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde no município de Dourados. Dourados/MS, 2012. 40

Figura 2 – Fluxograma das etapas do estudo. Dourados/MS, 2013. 46

Figura 3 – Dimensões do Índice de Desenvolvimento da Família. Dourados/MS, 2013 51

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estrutura etária da população de Dourados nos anos de 1991, 2000 e 2010. Dourados/MS, 2013. 38

Quadro 2 – Identificação das Estratégias de Saúde da Família de Dourados/MS, 2013. 47

Quadro 3 – Variável dependente do estudo. Dourados/MS, 2013…53

Quadro 4 – Variáveis independentes do estudo. Dourados/MS, 2013. 53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos idosos com e sem sintomas depressivos assistidos pela Estratégia Saúde da Família segundo características sociodemográficas e socioeconômicas. Dourados/MS, 2013. 57

Tabela 2 – Distribuição e associação de idosos com e sem sintomas depressivos assistidos pela Estratégia Saúde da Família segundo variáveis demográficas e socioeconômicas, Dourados/MS, 2013. .. 58

Tabela 3 – Distribuição das famílias dos idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família segundo classificação do Índice de Desenvolvimento da Família. Dourados/MS, 2013. 59

Tabela 4 – Descrição das dimensões que compõem o Índice de Desenvolvimento das Famílias dos idosos com e sem sintomas depressivos, assistidos pela Estratégia Saúde da Família. Dourados/MS, 2013. 60

Tabela 5 – Distribuição dos indicadores sintéticos das famílias dos idosos com e sem sintomas depressivos assistidos pela Estratégia Saúde da Família segundo o grau de vulnerabilidade. Dourados/MS, 2013. 60

Tabela 6 – Associação dos idosos com e sem sintomas depressivos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família, segundo o grau de vulnerabilidade das famílias. Dourados/MS, 2013. 61

Tabela 7 – Associação dos idosos com e sem sintomas depressivos assistidos pela Estratégia Saúde da Família aos indicadores sintéticos do IDF segundo o grau de vulnerabilidade. Dourados/MS, 2013. 61

Tabela 8 – Distribuição da funcionalidade familiar dos idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família. Dourados/MS, 2013.. 62

Tabela 9 – Associação dos idosos com e sem sintomas depressivos assistidos pela Estratégia Saúde da Família, segundo a classificação do Apgar de família. Dourados/MS, 2013. 62

Tabela 10 – Resultados do Modelo de Regressão Logística para os com sintomas depressivos assistidos pela Estratégia Saúde da Família em relação às variáveis estudadas. Dourados/MS, 2013. .. 63

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....19
1.1 CONCEITUANDO DEPRESSÃO.....22
1.2 DETERMINANTES SOCIAIS E VULNERABILIDADE SOCIAL A PROBLEMAS DE SAÚDE.....25
1.3 FUNCIONALIDADE FAMILIAR.....28
1.4 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....31
2 OBJETIVOS.....35
2.1 GERAL.....35
2.2 ESPECÍFICOS.....35
3 MÉTODO.....36
3.1 TIPO DE ESTUDO.....36
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....36
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....44
3.4 ETAPAS DA PESQUISA.....46
3.5 COLETA DE DADOS.....47
3.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....49
3.6.1 - Questionário Sociodemográfico: com.....49
3.6.2 - Escala De Depressão Geriátrica (EDG):.....49
3.6.3 - Índice de Desenvolvimento da Família (IDF):.....50
3.6.4 - Apgar de Família.....52
3.7 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....53
3.7.1 Variável Dependente.....53
3.7.2 Variáveis Independentes.....53
3.8 ASPECTOS ÉTICOS.....54
3.9 ANÁLISE DOS DADOS.....55
4 RESULTADOS.....56
4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS DOS IDOSOS COM E SEM SINTOMAS DEPRESSIVOS.....56
4.2 ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA.....59
4.3 FUNCIONALIDADE FAMILIAR.....62
5 DISCUSSÃO.....64

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS DOS IDOSOS E SUA RELAÇÃO COM OS SINTOMAS DEPRESSIVOS 64
5.2 FUNCIONALIDADE FAMILIAR 75
5.3 VULNERABILIDADE SOCIAL DAS FAMÍLIAS DOS IDOSOS 77
6 CONCLUSÕES 81
7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO 86
8 REFERÊNCIAS .....
APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO 100
ANEXO I – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA 101
ANEXO II – INDICE DE DESENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA 102
ANEXO III – APGAR DE FAMÍLIA 107
ANEXO IV – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA. 108
ANEXO V – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DA SAÚDE DE DOURADOS-MS 110

APRESENTAÇÃO

Esta investigação integra os estudos vinculados ao grupo de pesquisa, cadastrado no CNPq, *Avaliação de Necessidades de Saúde*, coordenado pela Prof[a.] Maria Amélia de Campos Oliveira, que estão sendo realizados em Mato Grosso do Sul, como parte de uma cooperação entre a Escola de Enfermagem da USP e o Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, esta representada pela Prof[a.] Márcia Regina Martins Alvarenga.

A pesquisa *Avaliação da capacidade funcional, do estado de saúde e da rede de suporte social do idoso atendido na atenção básica* [1] que deu início a essa parceria, foi realizada em Dourados pela Prof[a.] Márcia em 2007-2008, sob orientação da Prof[a.] Maria Amélia. Foram investigados 503 idosos, dos quais 173 (34,4%) apresentaram sintomas depressivos, 158 (91,3%) leves e 15 (8,7%), graves. As variáveis socioeconômicas e demográficas que se associaram significativamente à presença de sintomas depressivos foram inatividade econômica, baixa renda, condições precárias de moradia, falta de participação social e de prática religiosa. [2]

Após um período de 24 meses, foi concluído uma nova investigação intitulada *Avaliação e acompanhamento do quadro emocional de idosos assistidos na Atenção Básica*, financiado pelo CNPq, em que esses mesmos 173 idosos foram reavaliados.

Verificou-se que 20 (11,6%) haviam falecido, 36 (20,8%) haviam mudado de endereço e 12 (6,9%) não foram encontrados. Somente 105 (60,6%) idosos puderam ser reavaliados e 104 (60,1%) responderam à Escala de Depressão Geriátrica. Apenas um não conseguiu respondê-la, devido a sequela de acidente vascular encefálico (AVE). Dos 104 idosos reavaliados, 70 (67,3%) continuavam a apresentar sintomas depressivos.[3]

Mais recentemente foi concluído o estudo *Implantação de um sistema de informação*[a] *para avaliação e monitoramento das necessidades sociais e de saúde de idosos em situação de vulnerabilidade social*, com recursos da Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino, Ciência e Tecnologia do Estado de Mato Grosso do Sul (FUNDECT).

Seus objetivos foram avaliar as condições de saúde, a capacidade funcional, a rede de suporte social de idosos por meio de escalas padronizadas (Medida de Independência Funcional, Mini-exame do Estado Mental, Escala de Depressão Geriátrica, Escala de Determinação do Risco Nutricional, Índice de Complexidade da Farmacoterapia e o Mapa Mínimo de Relações do Idoso) e implantar um sistema de informação para o monitoramento dessas condições.

Trata-se de estudo longitudinal que reavaliou as condições dos idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família após seis meses. Seus resultados estão sendo armazenados em um sistema de informação específico projetado com a linguagem de programação Java e modelagem RUP (*Rational Unified Process*).

A presente investigação volta-se especificamente para o monitoramento de idosos com sintomas depressivos, e para a avaliação de sua vulnerabilidade social e funcionalidade familiar.

[a] Sass GG, Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Faccenda O. Sistema de informação para monitoramento da saúde de idoso. [Apresentado no III Simpósio Internacional de Informática em Enfermagem; 2012 Março 16-17; São Paulo, BR.].

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população brasileira acelerou-se nos últimos anos e acredita-se que irá mais do que triplicar nas próximas quatro décadas, passando de menos de 20 milhões em 2010 para aproximadamente 65 milhões em 2050.[4] Isso gera uma preocupação quanto à capacidade dos sistemas sociais e de saúde para atender a essa nova demanda.

A senescência é o processo biológico involutivo que caracteriza o envelhecimento, com diminuição progressiva da reserva funcional. Em condições normais, permite ao idoso preservar a autonomia e a funcionalidade. No entanto, pode ocorrer de forma negativa, como, por exemplo, em casos de alterações resultantes de sobrecarga, doenças, acidentes e estresse emocional, caracterizando a senilidade.[5]

O envelhecimento também pode ocorrer em um contexto de exclusão social, solidão e pobreza. Na velhice, a pessoa é mais vulnerável à solidão e ao isolamento social, pois tende a perder os vínculos com amigos e com o contexto social.

> O envelhecimento não é apenas um processo natural, individual e universal, como quer a visão biológica, e sim o produto da integração dos potenciais de fortalecimento e desgaste que ocorrem ao longo da vida. Cada sociedade "produz o envelhecimento" nos âmbitos econômico, político, cultural e social. A velhice é, portanto, retrato de um processo de desgaste fisiológico, psicológico, cultural e social num determinado momento histórico. (Alvarenga, 2008, p. 49) [1]

Em diversas sociedades ocidentais contemporâneas, o idoso é visto de modo depreciativo e são frequentes os mitos e os estereótipos projetados nesse ciclo da vida. É comum que envelhecimento seja encarado como uma fase de decadência, incapacidade, dependência física e dificuldades de memória. Essas crenças e valores socialmente determinados dificultam a vida dos idosos e comprometem sua inserção social.[6,7]

Difundidos em determinadas sociedades, tais conceitos devem-se às contradições existentes na vida cotidiana, pois as pessoas sabem que vão envelhecer e estão envelhecendo. Por outro lado, recorrem a diversos meios para adiar o envelhecimento, o que demonstra seu desconhecimento sobre essa fase da vida.[8]

Essas percepções refletem-se também na forma como os indivíduos interagem com a pessoa idosa, relegando-a a solidão e ao isolamento que, por sua vez, podem acelerar o declínio da saúde física e mental, ocasionar sofrimento e levar o idoso a manifestar sintomas depressivos.[9]

Em estudo realizado em Portugal, Barroso verificou que o processo de envelhecimento leva ao estreitamento do círculo de relações existentes no início da vida adulta. O isolamento social acaba por deixar o idoso mais vulnerável aos sintomas depressivos.[10]

A depressão no idoso é cada vez mais preocupante, pois pode ser responsável pela perda da autonomia e pelo agravamento de quadros mórbidos preexistentes. Em geral, está associada ao aumento da morbidade e da mortalidade, ocasionando aumento na utilização dos serviços de saúde, negligência no autocuidado e adesão reduzida ao projeto terapêutico. Por isso, seu diagnóstico e tratamento são bastante complexos.[11]

Uma pesquisa realizada em dez países desenvolvidos e oito em desenvolvimento evidenciou que a depressão e os transtornos mentais são mais prevalentes em pessoas com níveis mais baixos de escolaridade e renda.[12]

Em se tratando de idosos, os sinais e sintomas da depressão são pouco valorizados ou até mesmo confundidos com manifestações de outras doenças, o que pode agravar o quadro depressivo, elevando a taxa de mortalidade.[13]

Investigação realizada com idosos em Pelotas, RS, constatou que na última consulta médica mais de 70% dos entrevistados não haviam sido questionados pelos profissionais se sentiam-se tristes ou deprimidos.[14]

Estudo desenvolvido para reconhecer sintomas depressivos em idosos atendidos no Ambulatório Geral do Hospital das Clínicas de São Paulo concluiu que a presença de comorbidades pode diminuir a sensibilidade dos médicos para identificar sintomas específicos de depressão, levando-os a considerar os sintomas depressivos como reações psicológicas decorrentes de outras patologias.[15]

Ter em casa uma pessoa com depressão requer a participação de toda família no processo de cuidado, pois exige que a família adapte-se e organize-se para enfrentar as atitudes do paciente. O suporte financeiro é importante, mas o cuidado ao idoso com sintomas depressivos inclui ainda a escuta, a observação, a atenção e o apoio sempre que necessário. A manutenção das relações sociais com os familiares e amigos também é importante no tratamento da depressão.[16,17]

No Brasil, felizmente, os idosos são parte prioritária da agenda da saúde, embora ainda sejam pontuais e desarticulados os esforços para garantir seus direitos, em específico, o atendimento especializado em saúde. As políticas públicas que regulamentam a assistência integral à saúde dos idosos enfatizam o envelhecimento saudável e ativo, com base no paradigma da capacidade funcional, abordada de maneira multidimensional.[18]

As mudanças na estrutura etária têm pressionado os sistemas de saúde a se preocupar não apenas com o prolongamento da vida, mas também com a manutenção da capacidade funcional, a fim de preservar a autonomia e a independência dos que estão envelhecendo.[5]

As preocupações estão voltadas principalmente às doenças crônicas, que evoluem lentamente e são a causa principal da perda da capacidade funcional. Dentre elas, destaca-se a depressão, por favorecer o surgimento de incapacidades e reduzir anos de vida saudáveis.[19]

1.1 CONCEITUANDO DEPRESSÃO

Os transtornos de humor são atualmente uma questão relevante para a saúde pública. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2020 a depressão deverá ocupar o segundo lugar entre as causas de morbidade, logo depois das doenças cardíacas.[20]

O termo depressão tem sido empregado tanto para designar um estado afetivo normal de tristeza quanto uma doença ou um sintoma, mas é preciso diferenciá-los[13].

A tristeza é um sentimento que deriva da resposta humana universal às situações de perdas, derrotas, desapontamentos e outras adversidades. Sentir-se triste é uma resposta comum frente a eventos da vida. Sinaliza para os demais que a pessoa está precisando de companhia e de ajuda. Na tristeza, a pessoa preserva certos interesses e reage positivamente ao ambiente[21]. O sentimento de tristeza é comum no idoso, que vive inúmeras situações de perda, dentre elas a diminuição do suporte social e familiar, a perda do status ocupacional e econômico, o declínio físico continuado, a maior frequência de doenças físicas e a presença de incapacidades.[22]

Já depressão pode se apresentar nos mais variados quadros clínicos. Quando o indivíduo apresenta sintomas, mas esses são insuficientes para caracterizar um quadro de transtorno depressivo maior, tais casos passam a ser designados sintomas depressivos, depressão leve ou síndrome depressiva, podendo ser identificados por escalas elaboradas especificamente para esse fim.[23,24]

Por mais que a depressão leve não preencha completamente o quadro de um episódio depressivo, ela causa sofrimento para o indivíduo. Diferencia-se da tristeza por ser persistente e interferir significativamente na vida social, profissional e na saúde das pessoas afetadas, podendo ser erroneamente confundida com sintomas de outras doenças e até mesmo considerada um aspecto habitual do envelhecimento.[23,24]

De acordo com Porto (1999, p.6), a depressão "pode surgir como resposta a situações estressantes, ou circunstâncias sociais e econômicas adversas".[21] É classificada de várias formas. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) intitula esse tipo de manifestação como episódio depressivo maior, transtorno depressivo maior e transtorno distímico.[25]

No **episódio depressivo maior (EDM),** o indivíduo apresenta pelo menos um dos sintomas: *humor deprimido ou perda de interesse ou prazer*. Manifesta quase todos os dias, com uma duração de pelo menos duas semanas, cinco ou mais dos seguintes sintomas:

> Perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta ou diminuição ou aumento do apetite; insônia ou hipersonia; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada; capacidade diminuída de pensar ou se concentrar ou indecisão; pensamentos de morte recorrentes, ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.[25]

No **transtorno depressivo maior (TDM)** ocorrem um ou mais episódios depressivos maiores, o que aumenta a sua gravidade. É considerado uma doença complexa por apresentar influência de condições genéticas e ambientais em sua gênese.

Já no **transtorno distímico,** o indivíduo apresenta pelo menos dois anos de humor crônico deprimido[25], na maior parte do tempo acompanhado de dois ou mais dos sintomas depressivos, como apetite diminuído ou aumentado, insônia ou hipersonia, diminuição da energia, da concentração e da capacidade de tomada de decisões, fadiga e baixa autoestima.[24,26]

A Classificação Internacional de Doenças (CID-10) classifica a depressão em transtornos do humor afetivo, distinguindo o episódio depressivo em leve e moderado, com ou sem sintomas somáticos, e grave, com ou sem sintomas psicóticos. Em qualquer um dos graus, o indivíduo apresenta rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Ocorre ainda perda do interesse, alterações da capacidade de experimentar prazer, diminuição da capacidade de concentração, fadiga após esforço mínimo, alterações do sono e diminuição do apetite. O humor varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias. O número e a gravidade dos sintomas determinam o grau da depressão.[27]

No idoso, os quadros depressivos têm características clínicas peculiares. Nessa faixa etária há uma diminuição da resposta emocional (erosão afetiva), que acarreta predomínio de sintomas físicos, além de redução do sono, perda do prazer nas atividades habituais, ruminações sobre o passado e perda da energia.[14]

Além disso, na velhice a depressão manifesta-se de maneira mais heterogênea e menos estereotipada que em outras faixas etárias. Quando se dividem arbitrariamente os sintomas depressivos entre manifestações psíquicas ou somáticas, o idoso tende a apresentar mais sintomas somáticos (por ex., dor crônica, alterações do sono e do apetite) do que psíquicos (por ex., tristeza e anedonia). Entretanto, os sintomas psíquicos são mais relevantes na definição do diagnóstico.[28]

Entre todos os sintomas que se manifestam na depressão em idosos, vale ressaltar a relação com o suicídio. Um estudo de revisão de literatura sobre o fenômeno do suicídio em pessoas idosas mostrou que a depressão é a condição associada mais relevante. Idosos com mais de 80 anos são os que mais se envolvem com pensamentos, sentimentos, tentativas e execução do suicídio. As mulheres idosas são as que mais apresentam ideação de suicídio.[29]

1.2 DETERMINANTES SOCIAIS E VULNERABILIDADE SOCIAL A PROBLEMAS DE SAÚDE

Em 2006, instituiu-se no Brasil a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, com o propósito de organizar o conhecimento na área social e fortalecer as práticas e as políticas voltadas para diminuir as iniquidades nas condições de saúde da população e no acesso aos serviços de saúde. O conhecimento e o estudo sistemático dos determinantes sociais de saúde possibilitam identificar populações em situações de vulnerabilidade e fornecem informações para que as políticas públicas possam combater as iniquidades na saúde.[30]

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como determinantes sociais de saúde (DSS) as condições nas quais as pessoas vivem e trabalham e que abrangem situações sociais, econômicas, culturais, étnicas, psicológicas e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde.[9]

Tais definições expressam a intenção de desenvolver ações sobre a causalidade das doenças, identificando os mecanismos pelos quais as condições do contexto social afetam a saúde e como podem ser modificada por ações específicas sobre renda, educação, ocupação, estrutura familiar, disponibilidade de serviços, saneamento, exposições a doenças, rede e apoio social, discriminação social e acesso a ações preventivas de saúde.[31]

Compreender e atuar sobre os DSS permite diminuir o impacto dessas condições adversas na saúde. Existem vários mecanismos pelos quais os DSS interferem na saúde. Um deles está relacionado aos aspectos físicos e materiais, pois as diferenças de renda influenciam a saúde pela falta de recursos que acarretam. Há ainda aspectos psicossociais, que são relações entre percepções de desigualdade sociais, mecanismos psicobiológicos e situações de saúde em que as experiências de vida em sociedades desiguais provocam prejuízos à saúde.[30,32]

Segundo a OMS, existem três determinantes do ambiente econômico que têm efeito relevante sobre o processo de envelhecimento ativo: a renda, o trabalho e a proteção social. Os pobres de todas as idades apresentam maior risco para o adoecimento e a morte e os idosos pobres são particularmente vulneráveis.[9]

Para compreender a vulnerabilidade social do idoso faz-se necessário conhecer as dimensões de vulnerabilidade. Ayres et al. utilizaram o conceito vulnerabilidade para explicar o adoecimento pelo HIV. Segundo os autores, na vulnerabilidade estão envolvidos não somente aspectos individuais, mas também sociais e institucionais.[33]

A vulnerabilidade parte do princípio que todas as pessoas são suscetíveis a doenças ou danos à saúde. O modo como as pessoas vivem, seus ‘’valores, crenças, atitudes, compreensão das informações e mudanças de comportamento’’ determinam o grau de suscetibilidade ao adoecimento, caracterizando a **dimensão individual** da vulnerabilidade. No entanto, para que ocorram mudanças de comportamento e atitudes no âmbito individual, é necessário acesso a informações, comunicação, escola, acesso à saúde, emprego, entre outros aspectos relacionados à vida em sociedade, configurando **a dimensão social** da vulnerabilidade.[34]

A preocupação e o comprometimento das instituições com os agravos constitui a **dimensão programática**, que envolve "compromissos políticos dos governos, qualidades dos serviços, responsabilidade social e jurídica dos serviços, integralidade das ações'' (Ayres et al., 2006, p.397).[34] Ou seja, o quanto as instituições estão empenhadas em propiciar suporte aos indivíduos e o quanto podem interferir nos âmbitos individual e social.[33]

A vulnerabilidade difere do conceito de risco, centrado em comportamentos e populações específicas, dependentes de políticas voltadas para determinados indivíduos ou grupos. Já a vulnerabilidade entende a saúde e doença atreladas ao âmbito social, envolvendo condições de vida de trabalho, educação, políticas pública e os suportes sociais.[35]

A vulnerabilidade possibilita conhecer e entender "elementos abstratos associados e associáveis aos processos de adoecimento", pois se refere a diferentes condições relacionadas à suscetibilidade ao processo de adoecimento. Ao trazer à tona diferentes aspectos da vida em sociedade, permite antever possibilidades de mudança. Permite ainda identificar iniquidades e desigualdades sociais.[36]

Indivíduos ou grupos estão em situação de vulnerabilidade social quando existe um desequilíbrio entre a disponibilidade de recursos e o acesso às oportunidades que provém do Estado, do mercado e da sociedade[37]. Pessoas idosas inseridas em um contexto de pobreza são altamente vulneráveis, devido a condições de vida pouco saudáveis, além de poucos recursos para cobrir suas necessidades de alimentação e compra de medicamentos, ficando mais expostas a problemas de saúde.[38]

Situações de vulnerabilidade social podem promover ou agravar condições de saúde, uma vez que traduzem a ausência ou a insuficiência de recursos econômicos, psicológicos, familiares, cognitivos ou físicos.[38,39]

Quanto maior a vulnerabilidade social, maiores os prejuízos à qualidade de vida e ao bem-estar dos idosos.[40] O baixo valor das aposentadorias no Brasil, por exemplo, constitui uma situação vulnerabilidade social, pois expõe à pobreza o idoso e seus familiares que dependem desses recursos.[41]

Ao analisar a vulnerabilidade social da população idosa, deve-se refletir sobre suas categorias (física, psicológica, social, política, espiritual, etnia e sexualidade), causas e efeitos. A vulnerabilidade social no idoso associa-se a várias condições, como é caso da condição psicológica, que produz alterações na saúde mental, como medo de envelhecer, depressão e demência, dentre outras. Também pode somar-se à vulnerabilidade física, resultando no aparecimento de doenças crônicas, incapacidade física e cognitiva.[42]

A vulnerabilidade social determina carências de recursos individuais e familiares. Aposentadoria, redução da renda, discriminação etária e morar sozinho são os principais determinantes da vulnerabilidade social do idoso[42]. Compreender a situação familiar do idoso em diferentes contextos de vulnerabilidade social pode subsidiar o planejamento de cuidados para responder a suas necessidades sociais e de saúde.[43]

1.3 FUNCIONALIDADE FAMILIAR

A família é uma construção social influenciada pela cultura, pelo contexto histórico e pelas relações e, em geral, é sinônimo de afetividade, companheirismo e solidariedade. Funciona internamente por meio de três componentes: estrutura, desenvolvimento e adaptação.[44,45]

Entende-se por *estrutura* as atribuições, normas e regras que são construídas por meio de padrões sociais e culturais que determinam o comportamento de todos os membros da família. O *desenvolvimento* compreende as fases pelas quais as famílias passam no decorrer de sua existência, alternando momentos de

equilíbrio, desequilíbrio e adaptação. Essas fases são enfrentadas de forma diferente em cada família, podendo haver crises e resistências como parte desse processo. Por fim, na *adaptação,* as famílias têm de se adequar às mudanças preservando sua estrutura interna.[45]

As mudanças demográficas têm produzido forte impacto nas famílias brasileiras, tanto do ponto de vista emocional quanto financeiro, e essas modificações podem influenciar a forma como cuidam dos idosos[43]. As famílias estão ficando menores e as mulheres já não permanecem em casa, lutam por trabalhos remunerados, o que reduz a possibilidade de fornecerem apoio e atenção aos idosos.[46]

Além disso, o aumento da expectativa de vida faz com que várias gerações convivam juntas. Os mais jovens podem ter pouca noção sobre o processo de envelhecimento e com frequência não se reconhecem como pessoas que também envelhecem. Assim, as diferenças geracionais podem interferir na dinâmica familiar.[44]

Em situações de conflito, o idoso muitas vezes é o que mais sofre, pois apresenta maior resistência a mudanças e dificuldade de se adaptar. Frequentemente, isso pode levar o idoso a se isolar dos demais membros da família.[47]

O contexto familiar é permeado por relações afetivas que precisam ser analisadas, pois a qualidade dessas relações irá refletir no cuidado dispensado a seus membros. Para que o idoso possa usufruir de melhores condições de vida, deve haver carinho, respeito e cuidado no convívio familiar. O afeto, a ajuda mútua e a compreensão são essenciais no contexto familiar e são ainda mais importantes e determinantes para uma boa qualidade de vida do iodos.[38,47]

Entende-se por funcionalidade familiar o relacionamento harmônico e o equilíbrio entre as relações dos membros de uma

família, ou seja, o modo como interagem entre si e com os outros. Tudo que afeta um dos componentes da família pode causar impacto sobre os demais.[48]

Na perspectiva da funcionalidade familiar, as famílias podem ser classificadas como funcionais ou disfuncionais. São consideradas **funcionais** ou **maduras** quando respondem com estabilidade emocional a conflitos e situações críticas, sendo representadas como uma família na qual os membros são capazes de conviver em harmonia, manter-se independentes, porém comprometidos uns com os outros. Regidas por laços de carinho e responsabilidade, tais famílias são flexíveis, mas firmes, e suas relações são baseadas em respeito, conhecimento e compreensão. Essas famílias desempenham papel fundamental na assistência ao idoso. [45,49]

Já nos sistemas familiares **disfuncionais ou imaturos,** os membros priorizam seus interesses individuais em detrimento do grupo familiar, não assumem os papéis que lhes cabem e, em situações de crise, culpam seus próprios membros. Os vínculos são superficiais e a agressividade e a hostilidade são comuns.[45,49]

As famílias são classificadas em do tipo clã (que se organizam em torno de um membro), abandonadoras (voltadas para seus próprios interesses), distantes (em que os integrantes apresentam sempre uma explicação racional para justificar sua ausência nas obrigações para com a família) ou superprotetoras (protetoras ao extremo, o que prejudica a liberdade e a privacidade dos membros).[49]

O fato de pertencer a um determinado sistema familiar afeta a possibilidade de resolver as crises do envelhecimento. Famílias imaturas e disfuncionais podem não prover cuidados necessários a seus parentes idosos. E, em se tratando de depressão, tais famílias podem não oferecer o cuidado e a atenção requeridos, o que pode agravar o quadro da doença no idoso.[49]

Um estudo realizado com cuidadores de parentes com depressão mostrou que a doença modifica a estrutura interna da família. Muitas acabam negando a existência da doença como forma de evitar o sofrimento e diminuir seu impacto. Nesses casos, todos sofrem, pois a depressão afeta a vida de todos, principalmente a do familiar que é responsável pelo cuidado do idoso. O cuidador é o que mais tem de se reorganizar para realizar o cuidado, uma tarefa que não é fácil e que pode repercutir negativamente em sua saúde.[17]

No enfrentamento da depressão, o funcionamento familiar é de extrema importância. A família representa a unidade central para atenção à saúde e desempenha um papel muito importante no cuidado, já que é responsável por seus integrantes.

Intervenções voltadas a um único membro da família são pouco efetivas diante dos vários aspectos que envolvem a vida familiar. É necessário compreender o funcionamento familiar para então poder promover ações voltadas aos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença.

1.4 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde vem fazendo um grande esforço para aumentar a expectativa de vida e melhorar a qualidade vida dos brasileiros. Tem investido em políticas de enfrentamento das doenças crônico-degenerativas e na expansão da Atenção Primária em Saúde (APS). A cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) alcançou 50,7% da população brasileira em 2009, o que corresponde ~~a~~ 96,1 milhões de pessoas.[50,51]

A ESF surgiu da necessidade de mecanismos capazes de assegurar os direitos conquistados pela Constituição Federal de 1988 no capítulo da saúde. Iniciou-se em 1994 como um programa e posteriormente consolidou-se como estratégia.

A principal finalidade da ESF é superar o atual modelo biologicista, medicalizante e prescritivo que vinha se mostrando incapaz de satisfazer as necessidades de saúde da população. E, para tal mudança, apoiou-se em um modelo que preconiza a criação de vínculos e corresponsabilidade entre a população e os profissionais de saúde. Seu objeto de atenção é a família e também o ambiente em que esta vive.[52,53]

A ESF favorece a aproximação entre os profissionais e a população, permite promover a organização das práticas de saúde em um determinado território e facilita a tomada de decisão e resolução de problemas identificados. Esse novo modelo baseia-se no conceito de vigilância em saúde, que tem como premissa a adequação das ações e serviços a problemas, necessidades e demanda da população. Fundamenta-se no princípio da integralidade, propondo a reorganização do sistema de saúde e adota novas maneiras de pensar e de agir em saúde, o que implica interpretar as condições de saúde dos diferentes grupos populacionais.[52]

Trata-se de uma proposta com dimensões técnicas, políticas e administrativas inovadoras que reafirma os princípios do SUS: universalidade, equidade, descentralização, integralidade, hierarquização e a participação social. Utiliza conhecimentos da Epidemiologia, do Planejamento e das Ciências Sociais, buscando articular ações de promoção da saúde, proteção ao adoecimento e também de assistência.[52,54]

Opera com equipes multiprofissionais de saúde compostas por no mínimo um enfermeiro, um médico generalista ou da família, dois auxiliares de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários. Os profissionais das equipes da ESF são responsáveis pela atenção integral e contínua de cerca de 1.000 famílias ou 4.000 pessoas em um território adstrito.[55,56] As atribuições da equipe incluem:

> **Conhecer** a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase em suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; **identificar** os problemas de saúde prevalentes e as situações de risco aos quais a população está exposta; **elaborar**, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença; **prestar** assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção à saúde; **resolver**, através da utilização adequada do sistema de referência e contra-referência, os principais problemas detectados; **desenvolver** processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos e promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados. (Brasil, 1997,p.13-14).[52]

Para o alcance da integralidade e também da interdisciplinaridade, a ESF conta com Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criados em 2008 pelo Ministério da Saúde com o intuito de melhorar a resolubilidade das ações, apoiar o processo de territorialização e regionalização e compartilhar a coordenação do cuidado.[57]

O NASF colabora para o alcance da integralidade do cuidado físico e mental dos usuários, apoiando a ESF na busca de superação das práticas hegemônicas em saúde. É constituído por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, como médicos de diversas especialidades, especialmente ginecologista, pediatra e psiquiatra, mas também homeopata, acupunturista, nutricionista, assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional.[57,58]

A ESF é um espaço privilegiado para a avaliação e o acompanhamento global da saúde do idoso, pois atua próxima à população assistida, permitindo o estabelecimento de vínculos com o idoso e também com sua família.[59]

Diante do exposto, a finalidade deste estudo é avaliar se a vulnerabilidade social e a funcionalidade familiar associam-se aos sintomas depressivos em idosos assistidos por equipes da ESF na Atenção Básica.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Avaliar a associação entre sintomas depressivos em idosos, vulnerabilidade social da família e funcionalidade familiar.

2.2 ESPECÍFICOS

- Classificar os idosos quanto à presença de sintomas depressivos;
- Descrever as características sociodemográficas e dos idosos com e sem sintomas depressivos;
- Classificar as famílias quanto à vulnerabilidade social;
- Classificar as famílias quanto à funcionalidade familiar;
- Verificar se existe associação entre os sintomas depressivos em idosos e a vulnerabilidade social;
- Verificar se existe associação entre os sintomas depressivos em idosos e a funcionalidade familiar;
- Verificar a interdependência entre a vulnerabilidade social e a funcionalidade familiar nos sintomas depressivos de idosos.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo analítico, observacional, do tipo caso-controle. Nos estudos caso-controle o objetivo é sempre comparar dois grupos de interesse, os que possuem os agravos e os que não possuem, e para isso define-se primeiramente os casos que serão investigados e em seguida seleciona-se o grupo controle.[60]

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O campo de estudo escolhido foi o município de Dourados, a segunda maior cidade do estado de Mato Grosso do Sul, cuja população, segundo dados do Censo 2010, era de 196.035 habitantes; dos quais 17.805 (9,1%) eram pessoas idosas, sendo 8.211 homens e 9.594 mulheres.[61]

Dourados foi fundada em 20 de dezembro de 1935 por meio do Decreto Estadual de n° 30, sendo desmembrada do município de Ponta Porã em 22 de janeiro de 1936. As terras de Dourados eram habitadas por povos indígenas das etnias, Terena, Kaiowá e Guarani. Hoje essa população vive em reservas ao redor da cidade, aproximadamente a 5 km do centro.[62]

Os primeiros imigrantes a chegar a Dourados foram os paraguaios, após o fim da Guerra do Paraguai (1864/1870). Em 1943 vieram os nordestinos e nos anos 50 e 60 chegaram os gaúchos, em virtude dos baixos valores de terras, ocupando várias áreas por toda região de Dourados. Sua contribuição foi introduzir uma cultura agrícola com técnicas de alto nível para o tratamento do solo, modernizando a agricultura e também a pecuária.[63,64]

O Município iniciou suas atividades lentamente diante das deficiências das vias de comunicação e dos meios de transportes. Somente a partir dos anos 50, com a abertura de rodovias e com o asfaltamento da BR-163, na década de 70, a cidade conseguiu acelerar o seu desenvolvimento.[64]

A partir dos anos 90, Dourados passou a se destacar com o desenvolvimento comercial e de serviço na zona urbana, como um centro de serviços e comércio para uma região de 38 municípios. Passou também a ser alvo de investidores de grupos industriais e universidades.[64]

Segundo o Censo Demográfico de 2010, o Município possuía 60.851 (100%) domicílios particulares permanentes distribuídos em 56.427 (92,73%) casas, 1.073 (1,76%) casas de vila ou condomínios, 2.833 (4,66%) apartamentos, 458 (0,75%) casas de cômodos ou cortiços e 60 (0,10%) ocas ou malocas. Em relação à ocupação dos domicílios, 41.090 (67,52%) eram próprios, 14.237 (23,40%) alugados, 5.231(8,60%) cedidos e 293 (0,48%), outra condição[65].

Apenas 48.554 (79,79%) dos domicílios particulares permanentes dispunha de abastecimento de água da rede geral [65]

Quanto ao destino do lixo, em 1.142 (1,88%) domicílios, era coletado em caçamba de serviço de limpeza, em 3 (0,00%), jogado em rio e lagos, em 114 (0,19%) tinha outro destino, em 3.723 (6,12%) era queimado nas propriedades, em 55.186 (90,69%), coletado por serviço de limpeza, em 566 (0,93%) enterrado nas propriedades e em 117 (0,19%), era jogado em terreno baldio ou logradouro.

Dos domicílios particulares permanentes, 59.112 (97,14%) tinham banheiro de uso exclusivo, sendo que para o esgotamento sanitário, 27.635 (46,75%) utilizavam fossa rudimentar, 14.943 (25,28%), fossa séptica, 19 (0,03%) outro tipo de esgotamento, 16.453 (27,83%) rede geral de esgoto ou pluvial, 17 (0,03%) rio, lago e 45 (0,08%), vala[65].

Sobre a disponibilidade de energia elétrica, 60.539 (99,49%) domicílios contavam com energia elétrica e 312 (0,51%), não.[65]

Segundo o “Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013” do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento do Brasil (PNUD), Dourados possui um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,747, ocupando a 3ª posição entre os municípios de Mato Grosso do Sul. Perde apenas para a capital Campo Grande (0,784) e para a cidade de Chapadão do Sul (0,754).[66]

Em 2000, a renda *per capita* média do Município era de R$ 615,00, passando a R$ 866,40 em 2010. O indicador de extrema pobreza (medida de proporção de pessoas com renda domiciliar *per capita* inferior a R$ 70,00) foi de 1,57 em 2010. Em relação à desigualdade, o Índice de Gini, usado para medir o grau de concentração de renda, sofreu redução: de 0,58 em 1991, a 0,61 em 2000 e 0,52 em 2010.[66]

Quanto à estrutura etária, o Quadro 1 mostra que houve redução do grupo com menos de 15 anos e aumento daqueles com 65 anos e mais, dada a ampliação da expectativa de vida no Brasil.

Quadro 1 – Estrutura etária da população de Dourados nos anos de 1991, 2000 e 2010. Dourados/MS, 2013.

Estrutura Etária	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
Menos de 15 anos	48.320	35,53	50.057	30,35	47.720	24,34
15 a 64 anos	82.873	60,94	107.240	65,01	136.494	69,63
65 anos ou mais	4.791	3,52	7.652	4,64	11.821	6,03

Fonte: Atlas do desenvolvimento humano no Brasil 2013. Disponível em http://www.atlasbrasil.org.br/2013/perfil/dourados_ms

Dourados pertence a uma das macrorregiões do Estado de Mato Grosso do Sul. O Estado está dividido em quatro macrorregiões de saúde que compreende a cidade de Campo Grande (capital), Corumbá, Dourados e Três Lagoas.

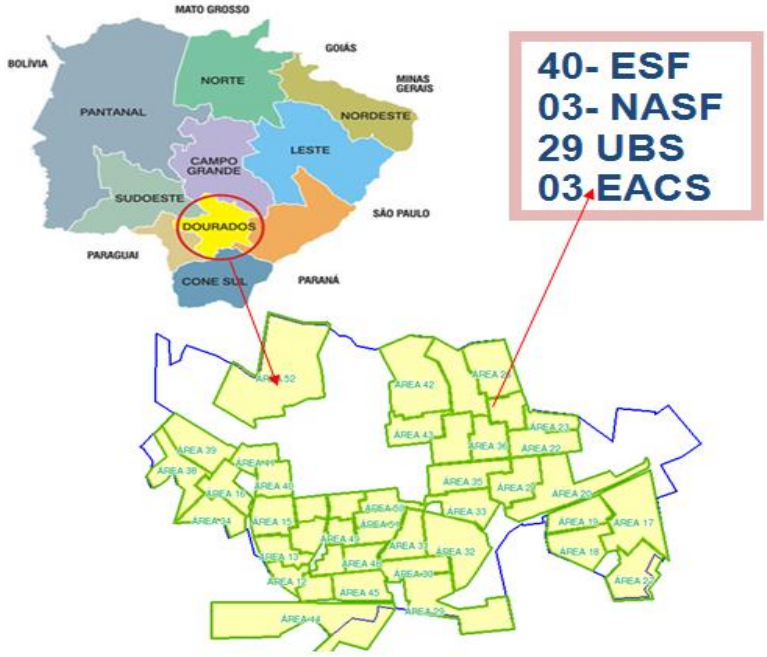
A macrorregião de Dourados compreende 33 municípios que, por sua vez, são representados por quatro microrregiões. A primeira microrregião é a de Dourados, que por sua vez abrange o próprio município e os de Caarapó, Deodápolis, Douradina, Dourados, Fátima do Sul, Glória de Dourados, Itaporã, Jateí, Laguna Carapã, Rio Brilhante e Vicentina. A segunda microrregião é a de Nova Andradina e abrange os municípios de Anaurilândia, Angélica, Batayporã, Ivinhema, Nova Andradina, Novo Horizonte do Sul e Taquarussu. A terceira microrregião é a de Naviraí, com as cidades de Eldorado, Iguatemi, Itaquiraí, Japorã, Juti, Mundo Novo e Naviraí. Por último, a microrregião de Ponta Porã congrega os municípios de Amambai, Antônio João, Aral Moreira, Coronel Sapucaia, Paranhos, Ponta Porã, Sete Quedas e Tacuru.[67]

Em Dourados, constam do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) 35 centros ou Unidades Básicas de Saúde, 3 policlínicas, 7 hospitais gerais, 1 hospital especializado, 84 consultórios isolados, 33 clínicas especializadas ou ambulatórios de especialidade, 18 unidades móveis de nível pré-hospitalar de urgência e emergência, 1 farmácia popular, 2 unidades de vigilância em saúde, 1 central de regulação de serviços de saúde, 1 secretaria de saúde, 2 centros de atenção psicossocial e 4 unidades de atenção à saúde indígena.[68]

Dados de 2013 do DATASUS revelam que o Município conta com 34 equipes da ESF na área urbana, distribuídas em 29 Unidades Básicas de Saúde. Seis equipes encontram-se em área rurais, totalizando 40 ESF.[68]

Dourados possui ainda três Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e três Unidades Básicas de referência: Seleta, Santo André e Vila Rosa.[68]

Figura 1 – Mapa de Mato Grosso do Sul com a distribuição das Estratégias de Saúde da Família, dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde no município de Dourados. Dourados/MS, 2012.



Fonte: Prefeitura Municipal de Dourados. GeoDourados - Banco de dados multifinalitário; 2012. Disponível em: http://geo.dourados.ms.gov.br/geodourados/map.phtml

Em 2008, as três unidades de referência (Seleta, Santo André e Vila Rosa) receberam equipes NASF, organizados da seguinte forma:

- **NASF I**: localizado na Unidade Seleta, conta com um nutricionista, um psicólogo, dois fisioterapeutas, um farmacêutico, dois pediatras e um ginecologista.
- **NASF II**: localizado na região da Unidade Vila Rosa, atua com um psicólogo, um nutricionista, um fisioterapeuta e um assistente social
- **NASF III**: abrange as regiões da Unidade Santo André, dispõe de um psicólogo, um fisioterapeuta e um nutricionista.

Os NASF oferecem suporte de especialistas que fazem o apoio matricial à Atenção Básica. Os profissionais estão sempre inseridos nas equipes da ESF, participando de atividades e reuniões. Assim, conseguem identificar as necessidades e os casos que precisam de atenção adicional.

Em outros momentos, são as unidades que identificam os problemas e solicitam a colaboração desses profissionais. A partir da solicitação, o grupo de especialistas do NASF vai até a unidade, discute os casos com profissionais da ESF e em seguida são feitas visitas e acompanhamento.

As ações do NASF para os idosos têm sido realizadas em reuniões e encontros destinados a hipertensos e diabéticos, com um cronograma pré-estabelecido nas equipes, porém não há um grupo específico voltado somente para o idoso.

As primeiras ações direcionadas para a população idosa foram realizadas em 2012 nas ESF 42 e 43. Primeiramente se fez um levantamento sobre as necessidades dos idosos e aqueles que estavam tendo problemas com a família ou relacionados à saúde mental e os que tinham interesse foram convidados a participar dos 12 encontros realizados por esses profissionais. Discutiram-se temas como depressão, ansiedade, alimentação saudável, direitos dos idosos, além de realizar brincadeiras, bailes e atividades físicas. Essas ações iriam se expandir para outras unidades, entretanto, em virtude de outros programas, essa expansão ainda não ocorreu.[b]

Os profissionais do NASF também identificam necessidades da competência de outros órgãos como, por exemplo, o CRAS e o CREAS.

[b] Dados fornecidos pela enfermeira supervisora do Programa Saúde da Família de Dourados e a Assistente Social Supervisora dos NASF em entrevista no dia 15 de julho de 2013.

O CRAS – Centro de Referência de Assistência Social [c] é uma unidade pública que atua priorizando as famílias, com ações de orientação e fortalecimento dos vínculos sócio-familiares. Funciona como a porta de entrada para a assistência social.

Há sete CRAS no Município e, no que se refere à atenção ao idoso, o trabalho é realizado por meio de grupos. Os idosos encaminhados escolhem temas que são abordados e trabalhados por esses profissionais. Os profissionais também são responsáveis pela identificação de vulnerabilidade social, embora não utilizavam um instrumento específico para essa avaliação.

Há também o CREAS – Centro de Referência Especializado, de Assistência Social [d], unidade pública estatal que responde pelo apoio e a orientação especializados e continuados a indivíduos e famílias que tiveram seus direitos violados. Tem por objetivo o resgate da família e dos direitos violados, potencializando a capacidade de proteção a seus membros. A equipe é composta por advogados, psicólogos, assistente social, educador e pedagoga.

Em relação ao idoso, o CREAS atua a partir de denúncias recebidas das equipes de saúde, dos ACS e de denúncias diretas. Quando os idosos tem seus direitos violados, o CREAS solicita a presença da família e estabelece um diálogo com seus membros para tentar reestabelecer o núcleo familiar e resolver o caso. Há situações em que é necessário acionar o Ministério Público, a defensoria e a polícia.

No período de janeiro a dezembro de 2012, o CREAS registrou 41 casos de negligência e abandono, 38 de violência física e psicológica e um de autonegligência.

---

[c] Dados fornecidos pela assistente social do CREAS, em entrevista no dia 18 de novembro de 2013.

[d] Dados fornecidos pela assistente social do CREAS, em entrevista no dia 18 de novembro de 2013.

Em 2013, de janeiro a julho, foram registrados 41 casos de negligência e abandono, 18 de violência física e psicológica, seis de autonegligência, três de exploração financeira e um de reinserção familiar.[69]

Assim que as ações mais imediatas são realizadas pelo CREAS, o CRAS fica incumbido de acompanhar essa família e o idoso. Em muitos casos, o CREAS trabalha em conjunto com o CRAS, realizando reuniões e estudo dos casos mais graves.

Existe ainda o CCI – Centro de Convivência do Idoso[e], mantido pela Secretaria Municipal de Assistência Social para atender os idosos independentes que conseguem ir a esse local e para aqueles que são recrutados pelo CRAS. São realizadas várias atividades, como dança, grupos de teatro, atividades esportivas, além de ações educativas e orientações. Entretanto, não há nenhuma instituição para os idosos dependentes.

Recentemente, foi aprovado um projeto para criação de um modelo de centro-dia para idosos que permitirá que os familiares deixem seus familiares durante todo o dia. O principal objetivo é fazer cessar a negligência e a violência contra o idoso.

Idosos que vivem sozinhos ou que foram abandonados por seus familiares são encaminhados para o Asilo da Velhice Desamparada de Dourados[f], a única instituição destinada a abrigar esses idosos. É mantida e administrada por membros da Maçonaria. Recebe também doações por parte das igrejas da comunidade e instituições comerciais. Possui ainda convênios com as três esferas de governo, mas o valor obtido corresponde a 10% das despesas.

[e] Dados fornecidos pela assistente social do CREAS, em entrevista no dia 18 de novembro de 2013.

[f] Dados fornecidos pelo enfermeiro, psicólogo e assistente social do Asilo da Velhice Desamparada de Dourados , em entrevista no dia 05 de novembro de 2013.

Atualmente, permite abrigar apenas 45 internos entre homens e mulheres, e existe uma extensa fila de espera. Ao surgir uma vaga por morte de um dos moradores ou pela própria decisão do idoso em sair da instituição é realizado a triagem com aqueles que aguardam a vaga. Os critérios principais são: ter mais de 60 anos, não ter família e ser carente, além de outras observações importantes realizadas geralmente pelo assistente social, enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo e gerente da instituição.

O quadro de profissionais é composto por um assistente social, um enfermeiro, 12 técnicos de enfermagem, um cuidador, um psicólogo e 25 funcionários que compõem a equipe de serviços gerais (cozinha, lavanderia e limpeza geral). O atendimento de saúde é feito diretamente pelo SUS e em alguns momentos os moradores recebem a assistência de médicos e outros profissionais voluntários.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo foi constituída por idosos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, assistidos pela ESF. Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de Dourados[g], em 2012 estavam cadastrados na ESF 8.701 pessoas com 60 anos e mais de idade.

A amostra foi composta por idosos com sintomas depressivos avaliados pela Escala de Depressão Geriátrica. A partir do teste bicaudal para comparação de duas populações, o tamanho da amostra em cada grupo foi calculado em 186 idosos, considerando:[70]

$$P_1 = 0{,}28$$
$$P_2 = 0{,}16$$
$$\bar{p} = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

[g] Dourados. Secretaria Municipal de Saúde. Cadastro no SIAB 2012. Dourados, MS, 2012.

$\alpha = 5\% \rightarrow Z_{\alpha} = 1{,}96$
$\beta = 20\% \rightarrow Z_{\beta} = 0{,}84$

$$n = \frac{\left(z_{\left(1-\frac{\alpha}{2}\right)}\sqrt{2\bar{p}(1-\bar{p})} + z_{(1-\beta)}\sqrt{p_1(1-p_1) + p_1(1-p_2)}\right)}{(p_1 + p_2)^2}$$

$$n = (1,96\sqrt{(2(0,22)(1-0,22))} + 0,84\sqrt{(0,28(1-0,28) + 0,16(1-0,16))}\text{^}2/(0,28-0,16)\text{^}2$$

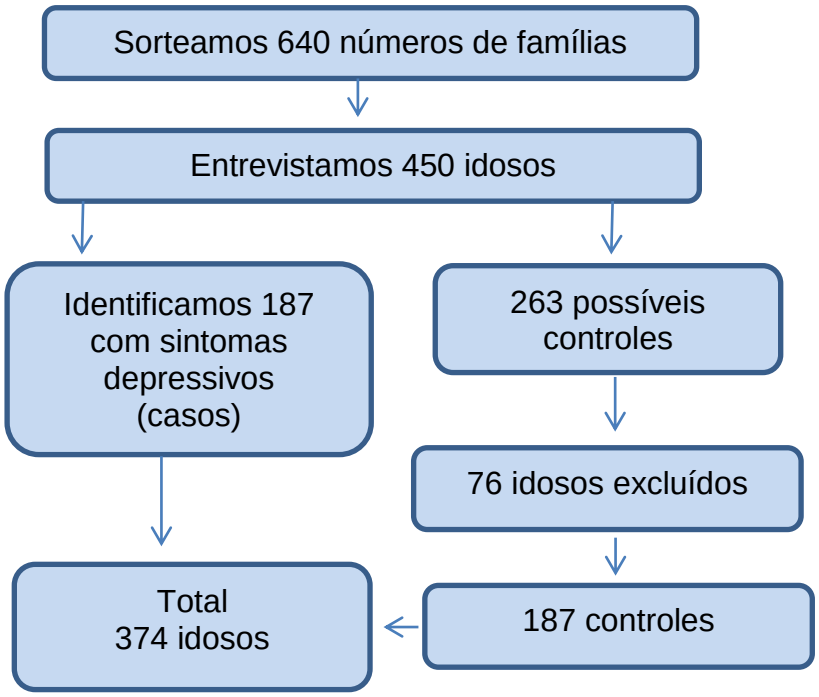
n = 186, em cada grupo.

Utilizou-se da técnica de amostragem estratificada para o sorteio dos idosos por equipe. Como critérios de inclusão foram selecionados os idosos com idade igual ou superior a 60 anos de ambos os sexos. Para os critérios de exclusão foram definidos: idosos com comprometimento da capacidade cognitiva e de comunicação, residentes em aldeias e na zona rural e que viviam na mesma residência pertencendo a mesma família de um idoso já entrevistado e também aqueles não localizados após duas tentativas.

Foi necessário sortear 640 idosos, pois 98 não estavam em casa, oito apresentavam a doença de Alzheimer, dois recusaram-se a participar do estudo, sete estavam viajando, nove haviam mudado de endereço, 26 foram excluídos por residir em locais de difícil acesso, um não foi entrevistado, pois estava de luto havia dois dias e 39 apresentavam incapacidade de se comunicar resultando em uma amostra de 450 idosos.

Em um primeiro momento, para composição dos controles, foram considerados apenas os individuo idosos e que não possuíam sintomas depressivos avaliados pela EDG. Entretanto, durante as análises, constatou-se que oito idosos teriam que ser excluídos, pois pertenciam à mesma família e isso resultaria em viés para o estudo. Após a exclusão, foram selecionado 187 controles por meio de um sorteio aleatório simples, com auxílio do programa *Predictive Analytics Software* (PASW) versão 18.0 (um caso a mais do que o calculado para amostra).

Figura 2 – Fluxograma das etapas do estudo. Dourados/MS, 2013.



Em um segundo momento, os casos e os controles foram analisados quanto à idade, sendo agrupados em faixas etárias de cinco anos. Em seguida, foi realizado o teste qui-quadrado de Pearson para verificar se existia uma relação entre as proporções entre casos e controles por faixa etária. Dessa forma, verificou-se que as amostras não diferiam a esse respeito (p= 0,311).

3.4 ETAPAS DA PESQUISA

Inicialmente foi definido o tamanho da amostra e estratificado por ESF, levando em consideração a proporção de idosos por equipe. Após essas etapas foi realizado o sorteio sistemático por meio do programa Excel das famílias que tinham idosos em sua composição e em seguida foram iniciados os agendamentos com as equipes.

Um cronograma de uma semana foi estabelecido para cada uma das ESF (Quadro 2). A coleta de dados teve início naquelas equipes em que havia mais disponibilidade.

Quadro 2 – Identificação das Estratégias de Saúde da Família de Dourados/MS, 2013.

NASF 1 ESF	NASF 2 ESF	NASF 3 ESF
Cachoeirinha 12 e 13	Maracanã 22, 23,25	Bem-Te-Vi 29
Vila Hilda 14 e 28	Carisma 26	Izidro Pedroso 30, 31, 32
Cuiabazinho 15 e 40	Piratininga 24	IV Plano 45 e 46
Flórida II 16	Ouro Verde 36 e 37	Jóquei 17,27
Altos do Indaiá 39	Vila Índio 43	P. Nações I 20
Vila Matos 41 Novo Horizonte 38		P. Nações II 18 e 19
		João Paulo II 21
		Campo Dourado 44
		Vila Industrial 35
		Vila Vieira 33

Fonte: Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Datasus. 2011. Disponível emhttp://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp

3.5 COLETA DE DADOS

Participaram da coleta de dados a pesquisadora, quatro acadêmicas do 4º ano do Curso de Enfermagem da UEMS e um acadêmico de Educação Física da Universidade Federal da Grande Dourados – UFGD, todos integrantes do Grupo de Pesquisa em Necessidades de Saúde do Idoso - GPENSI.

Antes do início da coleta de dados, os entrevistadores receberam um treinamento de 50 horas e um guia com orientações, além dos materiais necessários, como: prancheta, folha sulfite, lápis,

apontador, borracha, caneta, diário de campo (caderno ou bloco), pasta com os instrumentos e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (dois por idoso entrevistado), carta de autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP e da Secretaria Municipal de Saúde de Dourados.

As equipes da ESF foram contatadas por telefone pela pesquisadora que, após o agendamento, compareceu às Unidades para explicar o objetivo do estudo aos enfermeiros e aos ACS, apresentando os instrumentos de coleta de dados e a lista dos números de famílias sorteados. Após as devidas explicações sobre o estudo, os prontuários foram levantados e utilizados alguns dados da Ficha A, de cadastramento das famílias, que possui informações como identificação da família, situação de moradia, entre outras.[71]

Em seguida, a enfermeira e a ACS da equipe foram questionadas sobre as condições desse idoso para participar do estudo. Nos casos em que o idoso sorteado não tinha condições, por exemplo, quando apresentava distúrbios cognitivos, mentais ou doença de Alzheimer, outro idoso era sorteado. O mesmo ocorreu quando o idoso sorteado não foi encontrado em seu domicílio, até completar o número de idosos daquela ESF.

Algumas equipes não permitiram que os ACS acompanhassem a coleta de dados; nesses casos, muito tempo foi perdido tentando localizar a residência do idoso. A cidade tem erros na identificação das ruas e dos números das casas que dificultaram a localização. A chuva e o sol também atrasaram a coleta de dados. Além disso, foi preciso respeitar alguns horários para iniciar as entrevistas: nunca antes das 8 da manhã e no intervalo das 12 horas às 14 horas, pois havia o risco de interromper o sono do idoso.

A coleta de dados teve início em novembro de 2012 e prolongou-se até março de 2013. Os meses iniciais não foram os mais propícios à coleta, pois nesse período alguns idosos estavam viajando e muitos enfermeiros e ACS estavam iniciando suas férias.

Uma equipe ESF não participou do estudo, pois, o enfermeiro estava de licença e não havia ninguém responsável pela Unidade para monitorar a coleta de dados nesse território. As entrevistas duravam em média 50 minutos.

3.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

3.6.1 - Questionário sociodemográfico: com dados gerais do idoso e da família (Apêndice I).

3.6.2 - Escala De Depressão Geriátrica (EDG): criada em 1983 por Yesavage e colaboradores, tem a finalidade de identificar sintomas depressivos em idosos. Possui versões com 30, 15, 4 e um item. Neste estudo, foi utilizada a versão reduzida de 15 itens (EDG-15), desenvolvida em 1986 por Sheik e Yesavage com os itens que mais se correlacionavam com o diagnóstico de depressão.[72,73]

Estudos mostraram que a Escala reduzida apresenta boa acurácia diagnóstica, sendo confiável e adequada para o reconhecimento dos sintomas depressivos. As versões de 30 e 15 itens foram validadas internacionalmente e são muito utilizadas na avaliação geriátrica global.[11,73]

A EDG-15 é utilizada como um instrumento para diagnóstico de depressão em pacientes idosos e é indicada pelo Ministério da Saúde para avaliação global da pessoa idosa, estando inserido no caderno 19 ‘’*Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa”*[71].

Utiliza perguntas simples como: *Está satisfeito com sua vida? Acha sua vida vazia? Aborrece-se com frequência? Teme que algo de ruim lhe aconteça? Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? Vale a pena viver como vive agora?* As respostas das 15 perguntas são categorizadas em **sim/não**.[73,74]

Os estudos brasileiros demonstraram que a versão brasileira da EDG-15 oferece medidas válidas para o diagnóstico de episódio

depressivo maior, de acordo com os critérios da Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição (CID-10) e do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV). [73]

Neste estudo foi utilizado o ponto de corte 5/6 (não caso/caso), que é o que apresenta melhor equilíbrio para a EDG 15, obtendo sensibilidade de 81% e especificidade de 71%.[11] Idosos com escores entre 0 e 5 foram classificados como sem sintomas depressivos, enquanto aqueles com escores maiores ou iguais a 6, com sintomas depressivos (Anexo I).

3.6.3 - Índice de Desenvolvimento da Família (IDF): agrega informações temáticas e gera um índice de desenvolvimento sintético para cada família avaliada. É um instrumento capaz de medir o grau de vulnerabilidade social das famílias. Foi criado a partir do questionário básico da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD).

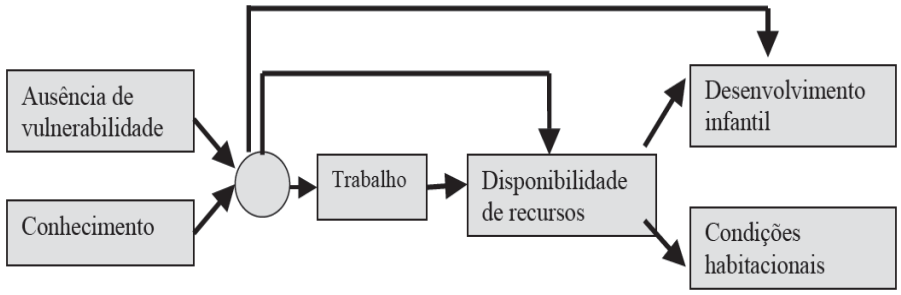
O IDF é composto por seis dimensões, 26 componentes e 48 indicadores. As respostas a cada indicador são apenas **sim** e **não**. Cada **sim** é considerado como positivo e aumenta a pontuação da família na direção de um maior índice de desenvolvimento; já as respostas negativas expressam vulnerabilidade.[75] Varia de 0 (famílias em situação pior) a 1 (famílias em situação melhor).

Existem seis dimensões que foram obtidas do questionário básico da PNAD, as quais representam em parte o acesso aos meios necessários para as famílias satisfazerem suas necessidades, por outro lado possibilita expressar desigualdades entre as famílias.[75] São elas:

- *Ausência de vulnerabilidade (AV):* recursos que a família requer para satisfazer suas necessidades de sobrevivência;
- *Acesso ao conhecimento (AC):* meios de que as famílias dispõem para satisfazer suas necessidades de acesso ao conhecimento.

- *Acesso ao trabalho (AT):* oportunidade de que dispõem os membros da família para desempenhar uma determinada função e utilizar sua capacidade produtiva.
- *Disponibilidade de recursos (DR):* renda familiar e renda *per capita* para satisfação das necessidades familiares.
- *Desenvolvimento infantil (DI):* oportunidades para o pleno desenvolvimento das crianças e
- *Condições habitacionais (CH):* condições de moradia e do domicílio.

Figura 3 – Dimensões do Índice de Desenvolvimento da Família. Dourados/MS, 2013.



Fonte: Barros, Carvalho, Franco. O índice de desenvolvimento da família (IDF); 2003. p.8.

Para medir o grau de vulnerabilidade social das famílias, primeiro é calculado o indicador sintético de cada um dos componentes, que é o resultado da média aritmética das perguntas que representam cada componente de cada dimensão. Em seguida é calculado o indicador sintético de cada dimensão, que é a média aritmética de seus respectivos componentes. E, por último, o IDF geral é calculado a partir da média aritmética dos indicadores sintéticos das seis dimensões que o compõem.[75,76] Os escores propostos pelos autores do Índice são: **muito grave** (IDF abaixo de 0,50); **grave** (valores entre 0,50 e 0,67) e **aceitável** (valores acima de 0,67)(77).

Em estudos anteriores, foram feitas algumas modificações

para aumentar a aplicabilidades do instrumento, mas foram preservadas suas dimensões originais[75,78]. Assim, utilizou-se um instrumento composto por seis dimensões, 27 componentes e 59 indicadores (Anexo II).

3.6.4 - Apgar de Família: instrumento de avaliação destinado a refletir e medir a satisfação em relação aos membros da família, permitindo avaliar sua funcionalidade. Desenvolvido por Smilkstein em 1978, foi validado e adaptado para a cultura brasileira por meio da metodologia de adaptação transcultural. O acrônimo APGAR, proveniente da língua inglesa, refere-se aos termos adaptação (*Adaptation*), Participação (*Partneship*), Crescimento (*Growth*), Afeição (*Affection*) e Resolução (*Resolve*).[45]

A dimensão *Adaptação* avalia a capacidade da família em restabelecer o equilíbrio em momentos de crise, como, por exemplo, no que tange os recursos intra e extrafamiliares. Assim, o membro da família poderá dizer qual sua satisfação em relação aos recursos oferecidos por seus familiares nos momentos em que eles são necessários.

A dimensão *Companheirismo* está relacionada à comunicação e à solução de problemas em conjunto. O familiar poderá dizer se está satisfeito com a maneira com que seus familiares compartilham problemas, responsabilidades e tomada de decisões, sempre com intuito de manter seus membros protegidos.

Na dimensão *Desenvolvimento*, avalia-se a liberdade, assim como a maturidade da família. Reporta-se à satisfação do membro familiar em relação a seus desejos e vontades e se isso é atendido, respeitado e apoiado pelos familiares. Já a *Afetividade* baseia-se nas relações de afeto e intimidade que existem entre os membros da família e o familiar poderá dizer se está satisfeito com a maneira como seus familiares demonstram esses sentimentos.

E, por último, a dimensão *Capacidade Resolutiva* refere-se ao

tempo compartilhado e também ao compromisso de se dedicarem uns aos outros. O membro da família poderá se mostrar satisfeito ou não com a maneira como a família compartilha o tempo juntos.

O instrumento é composto por cinco questões para as quais são atribuídos escores que variam de zero a dois. Os escores são somados, resultando em um total que expressa a condição de funcionalidade. Escores de 7 a 10 sugerem uma família com boa funcionalidade; 5 a 6, famílias com disfunção familiar moderada, enquanto de 0 a 4 indicam famílias com disfunção elevada [5] (Anexo III).

3.7 VARIÁVEIS DO ESTUDO

3.7.1 Variável Dependente

A variável desfecho deste estudo é a presença de sintomas depressivos medidos pela Escala de Depressão Geriátrica – EDG.

Quadro 3 – Variável dependente do estudo. Dourados/MS, 2013.

		Escores	**Categorização**
EDG	Leve	0 a 5	0-5 Sem sintomas 6-15 Com sintomas
	Moderada	6 a 10	
	Grave	11 a 15	

3.7.2 Variáveis Independentes

Quadro 4 – Variáveis independentes do estudo. Dourados/MS, 2013.

Variáveis	**Categorias**	**Categorização para análise**
Idade	Anos completos	60-69 70 anos e mais
Sexo	Feminino e masculino	-
Escolaridade	Anos completos de estudo	Analfabeto 1-4 anos de estudo 5 anos e mais de estudo
Estado civil	solteiro, casado, viúvo, divorciado/separado e união estável	**Situação conjugal** Com companheiro Sem companheiro
Arranjo familiar	Sozinho, acompanhado	-
Religião	Católico,	

	protestante/evangélico, espírita, outras, não tem	
Número de pessoas no domicílio	Número de pessoas	1-3 pessoas 4 e mais
Recurso financeiro próprio	**Não** – Sem recurso **Não** - Auxílio da família **Sim** – Fontes diversas **Benefício social** **Fontes diversas mais benefício social**	**Não** sem recurso ou com apenas ajuda da família, **Sim** fontes diversas mais benefício social
Renda familiar	Resultado em reais	-
Renda *per capita*	Resultado em reais	Menos de meio salário mínimo; Meio a um salário mínimo Acima de um salário mínimo
Prática de atividade física	Sim e não	-
Atividade social	Sim e não	-
IDF	Vulnerabilidade aceitável Vulnerabilidade grave Vulnerabilidade muito grave	Vulnerabilidade aceitável Vulnerabilidade grave e muito grave
APGAR	Boa funcionalidade Moderada disfunção familiar Elevada disfunção familiar	Boa funcionalidade Moderada e elevada disfunção familiar

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Dourados e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP, sob o protocolo 74.374 de 2012. Foram observados e respeitados os preceitos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução 196/96.

Os idosos foram investigados em seus domicílios e convidados a participar do estudo. Todos foram informados dos objetivos da pesquisa e da confidencialidade dos dados. Os que aceitaram participar assinaram o TCLE (Apêndice I). Também foram informados que a qualquer momento poderiam desistir de responder as perguntas se estivessem lhes causando algum desconforto, seriam interrompidas até que estivesse em condições de responder.

Durante a coleta de dados a privacidade do idoso foi

respeitada e manteve-se o sigilo sobre as informações colhidas. Além disso, para que o idoso pudesse expressar-se livremente, foi solicitado que o familiar se ausentasse no momento da entrevista para não influenciar nas respostas.

3.9 ANÁLISE DOS DADOS

O registro dos dados coletados foi feito com auxílio do programa *Predictive Analytics Software* (PASW) versão 18.0, usado para tabulação de questionários, elaboração de planilhas de dados, análise estatística e epidemiológica, entre outros recursos.

As variáveis foram analisadas e descritas por meio de frequência absoluta e relativa e cálculo de medida de tendência central e dispersão. Para verificar a associação entre duas variáveis categóricas foi empregado o teste qui-quadrado (x^2) de Pearson.

As que demonstraram valor de $p<0,050$ foram incluídas em um modelo de análise multivariada do tipo regressão logística em que foram usadas todas as variáveis independentes para predizer a ocorrência da variável dependente.[79]

Uma vez listadas as variáveis, utilizou-se para seleção o método *backward* que incorpora todas as variáveis e depois as elimina por etapas as que não oferecem uma contribuição significativa para a previsão. Para os ajustes e a investigação da significância estatística foi utilizado o teste de Wald.

Todos os resultados foram analisados considerando-se como diferença significativa o valor de $p < 0,05$.

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS DOS IDOSOS COM E SEM SINTOMAS DEPRESSIVOS

Do total de 450 idosos sorteados inicialmente, 187 apresentaram sintomas depressivos (prevalência de 41,5%) e 187 não, compondo os casos e os controles, respectivamente.

Dos 187 idosos com sintomas depressivos, a maioria era do sexo feminino. A faixa etária mais frequente foi a de 70 anos e mais, a média de idade entre os idosos com e sem sintomas depressivos foi de 71,8 anos (desvio-padrão=7,9; Mediana=72) e amplitude entre 60 e 100 anos.

Em relação à situação conjugal é possível observar que a maioria dos idosos com sintomas depressivos viviam sem o companheiro. Também se observa que os idosos em geral possuem baixa escolaridade.

Quanto aos benefícios sociais, dos idosos com sintomas depressivos 19 (10,2%) não recebiam nenhum beneficio, 30 (16,0%) eram pensionistas, 114 (61,0%) eram aposentados, 10(5,3%) eram aposentados e pensionistas, 13 (7,0%) recebiam o Beneficio de Prestação Continuada - BPC e 1 (0,5%) recebia um outro tipo de beneficio.

Entre os idosos sem sintomas depressivos 27(14,4%) não recebiam nenhum benefício, 24(12,%) eram pensionistas, 114 (61,0%) eram aposentados, 9 (4,8%) eram aposentados e pensionistas e 13 (7,0%) recebiam o BPC.

A renda familiar média dos idosos com sintomas depressivos era de R$ 1.509,98 (dp= R$ 934,241). Já entre aqueles sem sintomas depressivos a média foi de R$ 1.539,58 (dp= R$ 1.089,00).

No que tange à religião, 125 (66,8%) dos idosos com sintomas depressivos eram católicos, 55 (29,4%) protestantes ou evangélicos, 1 (0,5) espírita, 6 (3,2%) outras. No grupo de idosos sem sintomas depressivos 126(67,4%) eram católicos, 56(29,9%) protestantes ou evangélicos, 2(1,1%) espírita e 3(1,6) outras

Tabela 1 – Distribuição dos idosos com e sem sintomas depressivos assistidos pela ESF segundo características sociodemográficas e socioeconômicas. Dourados/MS, 2013.

Variáveis	Com sintomas	Sem sintomas	Total
	n (%)	n (%)	N (%)
Sexo			
Masculino	47 (25,1)	72 (38,5)	119 (31,8)
Feminino	140 (74,9)	115 (61,5)	255 (68,2)
Faixa etária			
60-69 anos	76 (40,6)	86 (46,0)	162 (43,3)
70 anos e mais	111 (59,4)	101 (54,0)	212 (56,7)
Situação conjugal			
Com companheiro	75 (40,1)	105 (56,1)	180 (48,1)
Sem companheiro	112 (59,9)	82 (43,9)	194 (51,9)
Escolaridade			
0-2 anos de estudo	99 (52,9)	103 (55,1)	202 (54,0)
3 anos e mais de estudo	88 (47,1)	84 (44,9)	172 (46,0)
Arranjo familiar			
Acompanhado	150 (80,2)	151 (80,7)	301 (80,5)
Sozinho	37 (19,8)	36 (19,3)	73 (19,5)
N° de pessoas que residem na moradia			
1-3 pessoas	132 (70,6)	154 (82,4)	286 (76,5)
4 e mais pessoas	55 (29,4)	33 (17,6)	88 (23,5)
Recurso financeiro próprio			
Não	14 (7,5)	17 (9,1)	31 (8,3)
Sim	173 (92,5)	170 (90,9)	343 (91,7)
Renda *per capita*			
Menos de meio SM**	27 (14,4)	21 (11,2)	48 (12,8)
Meio a um SM	112 (59,9)	104 (55,6)	216 (57,8)

(Continua)

(Continuação)

Acima de um SM	48 (25,7)	62 (33,2)	110 (29,4)
Prática de atividade física			
Sim	34 (18,2)	60 (32,1)	94 (25,1)
Não	153 (81,8)	127 (67,9)	280 (74,9)
Participação em atividade social			
Sim	26 (13,9)	39 (20,9)	65 (17,4)
Não	161 (86,1)	148 (79,1)	309 (82,6)

** Salário mínimo na época do estudo = R$ 622,00

Ao associar as variáveis demográficas e socioeconômicas à presença de sintomas depressivos, o sexo feminino, a situação conjugal sem companheiro, mais de quatro pessoas vivendo na mesma casa e a ausência de atividade física mostraram-se estatisticamente significativos em relação aos casos (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição e associação de idosos com e sem sintomas depressivos assistidos pela ESF segundo variáveis demográficas e socioeconômicas, Dourados/MS, 2013.

	Idosos					
	Com sintomas		**Sem sintomas**		**Total (%)**	
Variáveis	**n**	%	**n**	%		***p***
Faixa etária						
60-69 anos	76	46,9	86	53,1	162(100)	0,297
70 anos e mais	111	52,4	101	47,6	212(100)	
Sexo						
Masculino	47	39,5	72	60,5	119(100)	
Feminino	140	54,9	115	45,1	255(100)	0,006*
Situação conjugal						
Com companheiro	75	41,7	105	58,3	180(100)	
Sem companheiro	112	57,7	82	42,3	194(100)	0,002*
Escolaridade						
0-2 anos de estudo	99	49,0	103	51,0	202(100)	0,678
3 anos e mais de estudo	88	51,2	84	48,8	172(100)	
Arranjo familiar						
Acompanhado	150	49,8	151	50,2	301(100)	0,896
Sozinho	37	50,7	36	49,3	73(100)	
N^0 de pessoas que residem na moradia						
1-3 pessoas	132	46,2	154	53,8	286(100)	
4 e mais pessoas	55	62,5	33	37,5	88(100)	0,007*

(Continua)

(Continuação)

Recurso financeiro próprio						
Não	14	45,2	17	54,8	31(100)	0,574
Sim	173	50,4	170	49,6	343(100)	
Renda *per capita*						
Menos de meio SM**	27	56,3	21	43,8	48(100)	0,243
Meio a um SM	112	51,9	104	48,1	216(100)	
Acima de um SM	48	43,6	62	56,4	110(100)	
Prática de atividade física						
Sim	34	36,2	60	63,8	94(100)	
Não	153	54,6	127	45,4	280(100)	0,020*
Participação em atividade social						
Sim	26	40,0	39	60,0	65(100)	
Não	161	52,1	148	47,9	309(100)	0,076

* diferenças estatisticamente significativas (p<0,05)
** SM – salário mínimo na época do estudo R$ 622,00

4.2 ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA

Foram identificadas 187 famílias de idosos que se encontravam em situação de vulnerabilidade grave e 5, em vulnerabilidade muito grave (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição das famílias dos idosos atendidos pela ESF segundo classificação do Índice de Desenvolvimento da Família. Dourados/MS, 2013.

Grau de vulnerabilidade	N	%
Aceitável	182	48,7
Grave	187	50,0
Muito grave	05	1,3
Total	**374**	**100,0**

Na tabela 4 é apresentado o índice sintético das dimensões que compõem o IDF das 374 famílias. As dimensões que apresentaram os menores índices foram o **acesso ao conhecimento** (0,24) e o **acesso ao trabalho** (0,38). As dimensões com os maiores índices foram o **desenvolvimento infantil** (0,99) e **disponibilidade de recursos** (0,92) com valores próximos de um.

Tabela 4 – Descrição das dimensões que compõem o Índice de Desenvolvimento das Famílias dos idosos com e sem sintomas depressivos, assistidos pela ESF. Dourados/MS, 2013.

Dimensões	Índice	Mínimo	Máximo	Mediana	DP
Ausência de vulnerabilidade	0,71	0,33	0,92	0,75	0,10
Acesso ao conhecimento	0,24	0,00	1,00	0,19	0,21
Acesso ao trabalho	0,38	0,00	1,00	0,16	0,27
Disponibilidade de recursos	0,92	0,33	1,00	1,00	0,17
Desenvolvimento infantil	0,99	0,67	1,00	1,00	0,03
Condições habitacionais	0,83	0,29	0,96	0,87	0,13

Devido à baixa frequência nos indicadores sintéticos das famílias e também para fins de análises posteriores, as famílias classificadas nos graus de vulnerabilidade grave e muito grave foram agrupadas. Assim, é possível visualizar na tabela 5 que 93,8% das famílias encontravam-se em condições de vulnerabilidade grave e muito grave nas dimensões **acesso ao conhecimento** e 87,2% na dimensão **acesso ao trabalho**.

Tabela 5 – Distribuição dos indicadores sintéticos das famílias dos idosos com e sem sintomas depressivos assistidos pela ESF segundo o grau de vulnerabilidade. Dourados/MS, 2013.

Dimensões	Vulnerabilidade aceitável	Vulnerabilidade grave e muito grave	Total
	n (%)	(n %)	(n %)
Ausência de vulnerabilidade	225 (60,2)	149 (39,8)	374 (100,0)
Acesso ao conhecimento	23 (6,1)	351 (93,9)	374(100,0)
Acesso ao trabalho	48 (12,8)	326 (87,2)	374(100,0)
Disponibilidade de recursos	303 (81,0)	71 (19,0)	374 (100,0)
Desenvolvimento infantil	373 (99,7)	1 (0,3)	374 (100,0)
Condições habitacionais	330 (88,2)	44 (11,8)	374 (100,0)
IDF Geral	**182 (48,7)**	**192 (51,3)**	**374(100,0)**

Na tabela 6 é possível observar que não houve diferença significativa (p=0,535) entre os idosos com ou sem sintomas depressivos em relação ao grau de vulnerabilidade das famílias.

Tabela 6 – Associação dos idosos com e sem sintomas depressivos assistidos pela ESF, segundo o grau de vulnerabilidade das famílias. Dourados/MS, 2013.

IDF	Idosos				
	Com sintomas		Sem sintomas		
Grau de vulnerabilidade	**N**	**%**	**n**	**%**	***P***
Aceitável	88	48,4	94	51,6	0,535
Grave e muito grave	99	51,6	93	48,4	
Total	187	100	187	100	

Analisados os casos e o grupo controle frente aos indicadores sintéticos das famílias, verificou-se associação significativa nas dimensões ausência de vulnerabilidade (p=0,045) e acesso ao conhecimento (p=0,013) (Tabela 7).

Tabela 7 – Associação dos idosos com e sem sintomas depressivos assistidos pela ESF aos indicadores sintéticos do IDF segundo o grau de vulnerabilidade das famílias. Dourados/MS, 2013.

Dimensões	Idosos				Total n (%)	
	Com sintomas		Sem sintomas			
	n	**%**	**N**	**%**		***P***
Ausência de vulnerabilidade						
Aceitável	103	45,8	122	54,2	225(100)	
Grave e muito grave	84	55,4	65	43,6	149(100)	0,045
Acesso ao conhecimento						
Aceitável	8	34,8	15	65,2	23(100)	
Grave e muito grave	179	51,0	172	49,0	351(100)	0,013
Acesso ao trabalho						
Aceitável	25	52,1	23	47,9	48 (100)	
Grave e muito grave	162	49,7	164	50,3	326(100)	0,757
Disponibilidade de recursos						
Aceitável	152	50,2	151	49,8	303(100)	
Grave e muito grave	35	49,3	36	50,7	71 (100)	0,895
Desenvolvimento infantil						
Aceitável	187	50,1	186	49,9	373(100)	
Grave e muito grave	0	0,0	1	100,0	1 (100)	0,317
Condições habitacionais						
Aceitável	166	50,3	164	51,6	330(100)	
Grave e muito grave	21	47,7	23	48,4	44 (100)	0,748

4.3 FUNCIONALIDADE FAMILIAR

O Apgar de Família avalia a dinâmica da família em três categorias: disfunção elevada, disfunção moderada e boa funcionalidade. Neste estudo, porém, essas categorias foram agrupadas em duas (boa funcionalidade e disfunção moderada/elevada). A análise identificou 89 (23,8%) famílias com disfunção familiar (Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição da funcionalidade familiar dos idosos assistidos pela ESF. Dourados/MS, 2013.

Funcionalidade	**n**	**%**
Boa funcionalidade	285	76,2
Disfunção moderada/elevada	89	23,8
Total	374	100,0

Os escores que avaliam a dinâmica familiar foram associados aos casos e aos controle, resultando em associação estatisticamente significativa (p<0,001).

Tabela 9 – Associação dos idosos com e sem sintomas depressivos assistidos pela ESF, segundo a classificação do Apgar de família. Dourados/MS, 2013.

Funcionalidade	**Idosos**				**Total n (%)**	
	Com sintomas		**Sem sintomas**			
	n	**%**	**n**	**%**		***p***
Boa funcionalidade	118	41,4	167	58,6	285(100)	
Disfunção moderada/ elevada	69	77,5	20	22,5	89 (100)	<0,001

Na tabela 10 apresentam-se os resultados da análise conjunta dos sintomas depressivos em relação a todas as variáveis controladas que apresentaram associação significativa com os sintomas depressivos em idosos.

Tabela 10 – Resultados do Modelo de Regressão Logística para os com sintomas depressivos assistidos pela Estratégia Saúde da Família em relação às variáveis estudadas. Dourados/MS, 2013.

Variáveis	Categorias	Coef(B)	OR [IC95%]	Valor de *p*
Sexo	Masculino		1	
	Feminino	0,63	1,87 (1,15-3,04)	0,012
N^0 de pessoas que residem na moradia	1-3 pessoas		1	
	4 e mais pessoas	0,82	2,26 (1,34-3,82)	0,002
Prática de atividade física	Sim		1	
	Não	0,513	1,67 (1,00-2,82)	0,055
Apgar de família	Boa funcionalidade		1	
	Disfunção moderada/ elevada	1,68	5,36 (3,03-9,50)	<0,001
Constante		-2,194	0,111	<0,001

Estimativa: Razão de verossimilhança do log=458,526.;R^2 de Nagelkerke=0,148. Ajuste do modelo:$X^2_{(8)}$ = 0,197;p<0,001. Porcentagem de classificação correta global=65,5

Após a aplicação do modelo de regressão logística multivariada, permaneceram no modelo com associação significativa apenas as variáveis sexo, número de pessoas que residem na moradia, prática de atividade física e funcionalidade familiar, saindo do modelo a variável situação conjugal.

Verificou-se que a chance de um idoso apresentar sintomas depressivos foi 87% maior nas mulheres, 126% maior em idosos com famílias com 4 ou mais pessoas em relação às compostas por três pessoas ou menos, 67% maior entre aqueles que não praticavam atividade física e 436% maior para os idosos cujas famílias apresentavam algum grau de disfuncionalidade familiar.

5 DISCUSSÃO

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS DOS IDOSOS E SUA RELAÇÃO COM OS SINTOMAS DEPRESSIVOS

O aumento da longevidade é uma conquista preciosa da humanidade, alcançada graças à melhoria das condições de vida e aos avanços no campo da saúde. Por outro lado, permanecem as desigualdades sociais e aumentaram as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), conhecidas como doenças da modernidade.

Além do prolongamento da vida, o desafio atual reside em preservar a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas em todas as fases da vida. Em outras palavras, viver mais e melhor. Como essa meta não será atingida em curto prazo, cabe definir as ações que devem ser realizadas diante de uma população em idade avançada que vem crescendo de forma acelerada.[80]

Em Dourados existe uma preocupação com a população de idosos uma vez que existem projetos de promoção do envelhecimento ativo para os idosos ativos, como, por exemplo, o CCI e as ações do CRAS do CREAS e, em última instância, o Asilo da Velhice Desamparada.

Além desses, o Serviço Social do Comércio (SESC) oferece anualmente cursos para cuidadores de idosos que, por sua vez, são ministrados por alunos do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. O objetivo do curso é a preparação daqueles que cuidam de seus familiares idosos e para aqueles que trabalham nesta área. Os participantes são estimulados a refletir sobre o cuidado baseados no processo de envelhecimento, incentivando sua autonomia, independência, melhorando sua capacidade funcional visando ainda garantir e melhorar a qualidade de vida tanto do cuidador quanto da família.[81]

Entretanto, essas ações ainda são insuficientes diante das necessidades da população idosa. A velhice traz consigo características especiais que necessitam de uma atenção especial. Além da garantia de direitos, prioridades em filas de atendimento, isenção de pagamento nos transportes coletivos, vagas diferenciadas em estacionamentos e descontos em atividades culturais, espera-se que o Município possa oferecer acessibilidade para ser usufruída por pessoas de todas as idades, inclusive aquelas com perdas físicas e sensoriais.[82]

Existe ainda a necessidade de universidades abertas à terceira idade, que permitem compensar as lacunas do ensino formal, favorecer o conhecimento a respeito do processo de envelhecimento, promover o engajamento social, aproximar gerações, proporcionar o bem-estar subjetivo e, o mais importante, a autonomia de pensamento e capacitação para exigir direitos.[83]

No setor saúde, as necessidades são ainda maiores. Doenças crônicas e incapacidades que acometem os idosos devem ser objeto da Atenção Básica. Apesar de o Ministério da Saúde propor o conceito de envelhecimento ativo e saudável, o que se vê na prática são ações ancoradas no modelo tradicional de assistência a saúde, restritas e direcionadas a grupos específicos, o que contraria a proposta da ESF.

A atenção à saúde e o acompanhamento longitudinal realizados pelos profissionais da Atenção Básica são de extrema importância para promover um envelhecimento saudável. A visita domiciliária é um recurso para acompanhar e promover a saúde dos idosos. Entretanto, ainda há lacunas de conhecimento por parte dos profissionais sobre o processo de envelhecimento e os conteúdos relativos a síndromes geriátricas, reabilitação, fragilidade e independência nem sempre integram os currículos de graduação. [84]

Estudo realizado por Alvarenga e colaboradores em 2011, com o objetivo de descrever o perfil sociodemográfico e a rede de suporte social dos idosos assistidos pela ESF, constatou que as visitas dos serviços social e de saúde correspondem a apenas 5,4% das visitas aos idosos. Embora tivesse sido feita referência à visita de médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e dentistas, a figura mais presente foi o agente comunitário de saúde. Não houve menção aos profissionais do serviço social. O estudo mostrou ainda que 69,2% dos idosos recebia a visita de algum familiar, seguida de 17,1% que era visitado por alguém da comunidade e 8,3% visitado por amigos. [85]

A visita do ACS é realizada mensalmente, podendo ser repetida sempre que houver necessidade. Ao enfermeiro cabe atender as necessidades identificadas pelo ACS. Entretanto, a formação dos ACS nem sempre é suficiente para isso, apesar das capacitações. Em alguns casos, o profissional enfermeiro é o mais capacitado para identificar as necessidades das famílias.[52]

A visita domiciliária é de extrema importância, mesmo que não seja frequente no caso de idosos independentes. Isso porque o reconhecimento das necessidades de cuidado é ainda mais perceptível no seio da família, pois permite compreender a dinâmica e o relacionamento familiar. O presente estudo, por ter sido realizado no domicílio dos idosos, possibilitou a compreensão da realidade dos idosos assistidos pelas equipes da ESF na Atenção Básica.

Verificou-se que a maioria tinha em média 71,8 anos e era do sexo feminino, corroborando estudos assemelhados.[14,86] Para os propósitos deste estudo maior prevalência da idade entre 70 anos e mais não se mostrou significativa nesse estudo, contrariando o de Domingues e Neri [87] que observou que a faixa etária entre 60 e 69 anos era preditiva de sintomas depressivos.

O fato dos idosos com mais idade apresentar uma porcentagem maior de sintomas depressivos pode estar relacionado às limitações que são mais perceptível nessa faixa etária. Com o aumento da idade, cresce a dependência da família, o que torna o idoso mais exposto aos estressores que envolvem a vida familiar. Além disso, crescem as perdas e diminuem as relações sociais.

Já em relação ao sexo, sabe-se que, do ponto de vista demográfico, o sexo feminino predomina sobre o masculino. No Brasil essa superioridade numérica é ainda maior nas idades mais avançadas, uma peculiaridade está relacionada ao fato das mulheres viverem mais do que os homens.[61] Também pode ser explicada pelos estudos sobre gênero, que mostram que a violência é uma das principais causas de mortes precoces do sexo masculino. Dados os estereótipos culturais associados sexo, o homem usa de agressividade ao exercer sua masculinidade, o que pode resultar em violência e morte. [88,89]

Os homens tampouco são cuidadosos com a própria saúde. Seu comportamento e suas atitudes, associados à masculinidade, geram sentimentos de superioridade, o que faz com que recusem a se admitir doentes, acreditando que a preocupação com cuidado em saúde está associado ao feminino[90]. O modo de se comportar e conduzir a vida também é um dos elementos importantes que influencia a longevidade de homens e mulheres. O fato das mulheres em geral se casarem com homens mais velhos aumenta o número de idosas viúvas e sozinhas.[91]

Observa-se a associação entre o sexo feminino os sintomas depressivos em vários estudos no Brasil, como a revisão[92] que investigou a incidência de depressão geriátrica e fatores associados em idosos residentes na comunidade, o estudo[93] que investigou a prevalência de sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil e também a pesquisa com idosos assistidos pela ESF de Dourados. [2]

Uma investigação realizada com Idosos de Taiwan mostrou uma prevalência 1,6 vezes maior de sintomas depressivos em mulheres idosas. Mulheres com 85 anos e mais e menor apoio social tiveram uma taxa de ocorrência significativamente maior de sintomas depressivos [94]. Já em outro estudo realizado com idosos a partir de uma amostra nacional de grandes cidades da China o gênero não foi um previsor de sintomas depressivos nessa população. [95]

A maior prevalência de sintomas depressivos no sexo feminino parece ser decorrente dos diferentes papéis sociais e familiares atribuídos às mulheres, além de desvantagens no mercado de trabalho e sobrecarga de obrigações e afazeres domésticos, que aumentam a carga de estresse ao longo dos anos. [96]. A mulher torna-se especialmente vulnerável na presença de baixo suporte social, baixa escolaridade, baixa renda e viuvez. [92]

Neste estudo também se observou vários idosos vivendo sem companheiro. O processo de envelhecimento leva a constantes perdas e uma delas é a do cônjuge, o que não significa que o idoso irá permanecer sozinho até o final de sua vida. A presença de um novo companheiro pode ajudar a superar a perda e a suprir suas necessidades afetivas. Contudo, as famílias podem tentar interferir na autonomia do idoso, pressionando-o a não se envolver em um novo relacionamento com receio que isso afete os interesses familiares. [97]

No presente estudo foi encontrada associação entre os sintomas depressivos e o fato de viver sem companheiro (p=0,002) corroborando os achados de Paradela et al [11] e de Pinho, Custódio e Makdisse[92]. Essa mesma associação foi verificada entre idosos chineses, em pesquisa que encontrou níveis significativamente mais elevados de sintomas depressivos entre idosos viúvos do que entre os casados.[95]

Em alguns casos, a perda do companheiro por si só pode ser o ponto de partida para o desenvolvimento de sintomas depressivos, pois atua como um estressor ou um ‘’gatilho’’ para a depressão. [98] A presença do companheiro contribui para que o idoso continue mantendo os laços de relacionamento com a família, os amigos e a coletividade.

Outra característica dos idosos investigados foi a baixa escolaridade, uma das desvantagens de determinados grupos sociais. O que hoje é uma obrigação, antes era um privilégio de poucos, pois as dificuldades de subsistência das famílias impunham às crianças a tarefa de ajudar no sustento da casa e poucos tinham oportunidade de estudar. [99]

Entretanto, não houve associação entre a escolaridade dos idosos e a presença de sintomas depressivos, tal como no estudo de Faria, Barretos e Passos[100]. Sabe-se, entretanto, que o idoso analfabeto ou com baixa escolaridade é mais vulnerável, exposto a inúmeros obstáculos na vida em sociedade, com dificuldades para o entendimento da própria realidade[101]. Tal fato coloca o idoso em posição de desvantagem também no que diz respeito ao cuidado em saúde. Lamela e Bastos [102] afirmam que profissionais de saúde e de serviço social têm dificuldades em compreender suas necessidades de informação, bem como sua capacidade de fazer parte do processo de cuidado. Destaca-se ainda o caráter humanizador e transformador da educação, pois é por meio dela que o idoso consegue apropriar-se de seus direitos de cidadão.[101]

No que diz respeito ao arranjo familiar, os resultados mostraram que 80,5% vive em companhia de familiares, sendo que a composição familiar predominante foi de uma e três pessoas. O convívio entre os membros da família permite que todos se ajudem no alcance do bem estar coletivo, além de favorecer no contato com outras gerações.[103]

A Politica Nacional do Idoso também traz como diretriz a viabilização de formas alternativas de participação ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração com as demais gerações. Esse contato é importante pois ajuda no enfrentamento das dificuldade do envelhecimento. Por outro lado, faz se necessário monitorar o impacto do envelhecimento dentro das famílias, uma vez que o espaço familiar também é onde ocorre a maioria dos casos de violência contra o idoso, seja ela física ou psicológica. [104]

É esperado que a família atue como um fator de proteção para o idoso. Todavia, sabe-se que nem todos os idosos podem contar com seus familiares. Há aqueles que não têm laços de parentesco em primeiro ou segundo graus, uma vez que não contraíram matrimônio, outros por serem viúvos ou por não terem tido filhos[47]. Apesar dos arranjos familiares serem importantes, há os que preferem morar sozinhos, pois, da mesma forma que o convívio pode ser benéfico para alguns, para outros pode ser indesejável ou até mesmo insuportável. [105]

A necessidade de auxílio físico, financeiro ou afetivo faz com que muitos deixem de viver de forma independente para morar com suas famílias.[105] Além disso, a incapacidade funcional ou cognitiva tende a tornar o idoso mais carente de cuidados, necessitando de arranjos domiciliares de suporte.

Este estudo não se dedicou a examinar de forma detalhada o tipo de arranjo familiar. Tampouco se encontrou associação dessa variável com a presença de sintomas depressivos em idosos. Aparentemente, morar sozinho ou com familiares não determina a presença de sintomas depressivos.

Por outro lado, quanto ao número de pessoas que residem na moradia, houve associação com os sintomas depressivos quando superior a quatro pessoas.

De fato, o número aumentado de pessoas na mesma casa pode sobrecarregar o idoso, que pode ser levado a assumir o cuidado da casa ou dos netos para que os pais possam trabalhar. Um estudo sobre suicídio entre os idosos mostrou que a família depende e usa o tempo e a energia do idoso para cuidar dos netos, bisnetos, além de depender deles no que se refere a moradia e a ajuda financeira, o que acaba sendo um grande estressor psicossocial.[98]

Entretanto, esse resultado deve ser tomado com cautela, pois fato do número aumentado de pessoas convivendo na mesma casa ter se associado a presença de sintomas depressivos nos idosos não deve ser tomado como um indicativo de que uma família grande não possa proporcionar bem-estar ao idoso. Ademais, o contato intergeracional também pode ser benéfico para as famílias.

Quanto ao recurso financeiro próprio do idoso, 91,7% deles possuía algum tipo de recurso financeiro para sobreviver. Entretanto, também foram encontrados idosos sem nenhum tipo de recurso e que sobreviviam apenas da ajuda dos familiares e terceiros, o que pode ser atribuído principalmente ao desconhecimento sobre seus direitos, pois, quando questionados sobre recursos financeiros, faziam perguntas a respeito da aposentadoria e outros benefícios. Nesses casos, no final da entrevista, o idoso e seus familiares eram orientados pelos pesquisadores tanto em relação aos tipos de benefícios, os órgãos e locais aos quais deveriam se dirigir.

Atualmente as famílias brasileiras com idosos estão em melhores condições econômicas, pois contam com suas aposentadorias, que muitas vezes representam a maior parte dos recursos familiares[106]. Na presente investigação, os recursos dos idosos foram provenientes de aposentadoria (61,0%) e pensão (14,4%).

Em estudo realizado com idosos residentes no município de Alecrim, RS [47], a porcentagem dos idosos que recebia aposentadoria foi de 89,3%. Aposentadorias e pensões são os meios mais importantes para assegurar a independência econômica e reduzir a pobreza na velhice. [47,80]

Apesar de proporcionar algum grau de independência, a aposentaria afeta outros aspectos na vida do idoso que podem ser tanto positivos quanto negativos. Os positivos incluem ter mais tempo em casa, mais tempo para a família e amigos, não ter mais compromissos programados e horários a cumprir. Já os aspectos negativos dizem respeito à diminuição da autoestima resultante da perda do trabalho, da identidade profissional e dos contatos sociais, além das mudanças no relacionamento familiar, que podem ser benéficas ou não. [107]

A aposentadoria exige a reorganização do tempo para as novas experiências da vida, seja no âmbito familiar, no lazer e na vida social. Pode até mesmo resultar em uma nova atividade. Caso essa reorganização não ocorra, podem surgir dificuldades para lidar com as novas experiências, o que pode repercutir no âmbito emocional do idosos, levando ao desenvolvimento de sintomas depressivos[108].

Constatou–se que apenas 29,4% dos idosos entrevistados possuía renda *per capita* superior a um salário mínimo. Considerando que o valor mínimo da aposentadoria é de um salário mínimo, pode-se inferir que a maioria dos idosos não usufrui de todo seu recurso financeiro.

Por outro lado, o presente estudo não encontrou associação dos sintomas depressivos a *renda per capita* como verificado na pesquisa realizada por Alvarenga et al.[2].

Certamente a ausência ou a insuficiência de renda aumenta a vulnerabilidade dos idosos, atuando com um fator estressor, diante da impossibilidade de prover suas necessidades.

Outro achado importante diz respeito à ausência da prática de atividade física por parte dos idosos e a associação com os sintomas depressivos, corroborando os achados de Reicher et al.[109] que avaliaram a relação entre atividade física e sintomas depressivos em idosos da comunidade de Novo Hamburgo - RS. A esse respeito, o estudo realizado por Domingues e Neri [87] identificou que idosos que praticavam atividades físicas e esportivas de maior intensidade apresentaram menos sintomas depressivos.

Sabe-se que a atividade física é um importante recurso para melhorar o humor as relações sociais e ainda proporcionar um envelhecimento bem sucedido e livre de dependência, ao preservar a capacidade aeróbica e a força muscular[110]. Para que essa prática seja realizada é necessário que o idoso tenha uma orientação por um profissional de saúde e também conheça suas limitações.

Estudo realizado com idosos da cidade de Pitangueira, SP mostrou que os idosos possuem conhecimento sobre os benefícios da pratica de atividade física, entretanto, a falta de conhecimento sobre como se exercitar, a falta de energia e as condições de saúde são barreiras à prática do exercício. [111]

A cidade de Dourados não dispõe de locais específicos para prática de atividade física de idosos, de modo que os achados do presente estudo podem estar relacionados à ausência de um local adequado, de fácil acesso e com atividades que motivem e facilitem a adesão dos idosos.

O Centro de Convivência Andrés Chamorro apesar de oferecer esse tipo de atividade não consegue atender toda a população de idosos residentes de Dourados e as atividades em

grupo realizadas pelas ESF não se mantém por muito tempo, a ponto de serem consideradas atividades físicas regulares. O Centro Universitário da Grande Dourados- UNIGRAN tem um projeto de extensão intitulado ‘’Qualidade de Vida na Terceira Idade’’ que promove aulas de hidroginástica para idosos. Entretanto, é restrito a poucos. [112]

Assim como a atividade física, a atividade social também não foi frequente entre os idosos investigados, referida apenas por 17,4%. Esse achado é resultado das deficiência que o Munícipio apresenta na atenção especializada ao idoso.[85] Embora no presente estudo a atividade social não tenha sido determinante da presença de sintomas depressivos, sabe-se que o rompimento de laços e o isolamento social provocam eventos estressores para o idoso.

Segundo a Politica Nacional de Envelhecimento Ativo, os municípios podem e devem promover redes de contatos sociais e também oferecer atividades que visem à cidadania, a participação e a promoção dos direitos desse segmento populacional.[9]

A participação em alguma atividade social pode auxiliar o idoso a se manter ativo, ocupado, além de estabelecer contato frequente com outras pessoas, estimulando a troca de experiências. O contato com outras pessoas promove a independência e a autodeterminação do idoso, proporciona uma rede de apoio, mobiliza as pessoas na busca da autonomia e ainda melhora sua autoestima[113-4]. Vale salientar que a adesão do idoso à realização de qualquer tipo de atividade varia conforme sua motivação, vivências passadas, estilo de vida e nível socioeconômico. [115]

No que se refere à prática religiosa, predominou a religião católica (67,1%), seguida da evangélica (29,7%). Esse resultado é semelhante ao do estudo realizado com idosos vinculados ao PSF, residentes em uma região domiciliar do Distrito de Sousas, em

Campinas - SP, em que 67,0% dos idosos referiram ser católicos e 29,2%, evangélicos. [116] O achado já era esperado, pois, segundo o Censo de 2010, 64,6%, das pessoas no Brasil professam a religião católica, enquanto 22,2% referem ser evangélicos. O Censo de 2010 também revelou que a proporção de católicos com mais de 80 anos é de 75,2%.[117]

A religiosidade contribui para a promoção e a manutenção do bem-estar dos idosos ao propiciar um melhor funcionamento psicossocial, seja por consolo espiritual, pela rede de apoio social que oferece, ou pelas regras de conduta moral e espiritual que estabelece. Na velhice, o suporte espiritual, emocional e social fornecido pelas igrejas para a qualidade de vida dos idosos. [118]

5.2 FUNCIONALIDADE FAMILIAR

A família é um sistema social formado por estrutura, organização e cultura próprias, que contém regras, valores e crenças também próprios. Constitui o princípio e também o fim da vida afetiva e social e é nessa organização que as pessoas partilham funções e papéis sempre com o intuito de manter o equilíbrio e o desenvolvimento de todos[119]. Neste estudo, adotou-se o conceito de família do IBGE (2013, p 1):

> *Um conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, que residissem na mesma unidade domiciliar e, também, a pessoa que morasse só em uma mesma unidade domiciliar que residem ou não no mesmo ambiente, participando do dia-a-dia.*[120]

Na análise da dinâmica familiar dos idosos foram identificadas famílias altamente funcionais na ótica dos idosos, que se revelaram satisfeitos com o relacionamento entre seus familiares, levando a crer que são famílias preparadas para responder a conflitos,

gerenciar problemas e manter a autonomia de seus membros. Entretanto, 23,8% das famílias apresentou disfunção moderada e elevada.

Em investigação realizada no município de Fortaleza com 80 idosos, 8% relatou disfunção familiar grave, 7,5%, disfunção moderada e 83%, boa funcionalidade. Entre os que residiam sozinhos, o percentual de disfunção familiar aumentou para 20%. [121] Em estudo realizado no interior do Nordeste com idosos dependentes, 73,5% relatou comprometimento da dinâmica familiar, sendo frequente a condição de funcionalidade moderada, presente em 46,1% das famílias. O comprometimento da dinâmica familiar exerceu influência negativa na qualidade de vida dos idosos.[122]

Pesquisa realizada em Portugal com 210 idosos revelou que o apoio familiar interfere diretamente na qualidade de vida do idoso, e que, quanto maior a funcionalidade familiar, melhor a qualidade de vida. [48] Resultados semelhantes foram verificados em idosos com sintomas depressivos que frequentavam um ambulatório em Cali, Colômbia, em que a porcentagem de famílias com disfunção leve foi de 29,4% e de disfunção severa, de 7,3%.[123]

Revisão de literatura sobre o tema também revelou maior prevalência de disfuncionalidade em famílias de idosos dependentes, o que não foi o caso deste estudo. [122,124] A presente investigação encontrou associação significativa entre a funcionalidade familiar e a presença de sintomas depressivos, corroborando o estudo de Wang e Zhao, realizado com idosos chineses deprimidos e não deprimidos.[125]

Os achados e a revisão sobre o tema levam a inferir que os idosos com sintomas depressivos muitas vezes são aqueles que convivem em famílias disfuncionais, que se enquadram no tipo clã, abandonadoras, distantes ou superprotetoras. Em tais famílias,

podem estar presentes o desrespeito, a sobreposição na hierarquia, a priorização de interesses, a falta de comunicação e a incapacidade para lidar com os problemas. [5,49]

A disfuncionalidade das famílias pode ser explicada à luz das constantes transformações da sociedade brasileira, que tem impulsionado mudanças na estrutura das famílias, nos papéis de seus membros e no convívio de diferentes gerações, em decorrência do aumento da expectativa de vida.[126]

Essas famílias necessitam de assistência efetiva que possa diminuir ou mesmo equilibrar as alterações. Um sistema familiar disfuncional interfere na assistência integral a saúde do idoso, resultando em um cuidado inadequado e difícil. É necessário um conhecimento pormenorizado do ambiente familiar dos idosos que apresentam sintomas depressivos.

Submeter o idoso a tratamentos farmacológicos, como tem sido feito nos últimos anos, não é suficiente para resolver essa problemática. Vale destacar que o uso de antidepressivos em idosos deixa-os vulneráveis aos efeitos adversos dos fármacos, especialmente as quedas, que podem ser responsáveis por maior dependência do idoso, causando ainda mais comprometimento da dinâmica familiar.[127]

5.3 VULNERABILIDADE SOCIAL DAS FAMÍLIAS DOS IDOSOS

O presente estudo identificou 192 famílias em situação de vulnerabilidade social grave e muito grave. São famílias pobres, que carecem de recursos de subsistência capazes de lhes garantir uma qualidade de vida digna.

A pobreza contribui para a desestruturação da família, pois submete seus membros a uma luta desigual e desumana pela sobrevivência. Além disso, os expõe às injustiças sociais e à

violação de direitos. Uma possível consequência dessa vulnerabilidade é o distanciamento de seus membros, pois a capacidade de amar e respeitar acaba sendo comprometida.[128]

As maiores necessidades das famílias investigadas foram de acesso ao conhecimento e ao trabalho, tal como constataram as investigações conduzidas por Souza, Alvarenga e Oliveira[129] e Najar, Baptista e Andrade[76]. Essas condições extrapolam o setor saúde e vinculam-se as questões políticas e administrativas do Município. Sabe-se que ausência de oportunidades básicas na vida em sociedade pode se refletir nos resultados individuais em saúde. [34]

São essas as famílias que mais carecem da atenção dos profissionais da ESF, pois estão mais suscetíveis de adoecimento se comparadas às outras famílias com melhores condições de vida.

Entre todas as dimensões avaliadas, o *acesso ao conhecimento* é considerada a mais importante, pois amplia as oportunidades dos indivíduos e suas famílias. Entretanto, a baixa escolaridade ainda é um dos principais problemas no Brasil enfrenta.

Avanços recentes avanços no acesso ao ensino fundamental elevaram para 7,5 a média anos de estudo na população de 15 anos e mais em 2009, aproximando-a do previsto pela Constituição Federal. Entretanto, o analfabetismo ainda predomina em algumas regiões, principalmente entre os idosos de baixa renda[130].

A educação tem forte relação com o trabalho, pois qualifica os indivíduos para assumir uma função. Assim, o acesso à educação é a condição primordial para o acesso ao trabalho qualificado e de melhor rendimento[130]. Por conseguinte, outra dimensão crítica encontrada neste estudo foi o *acesso ao trabalho*. O trabalho é um dos meios capazes de inserir o indivíduo na sociedade e a qualificação para o trabalho é um mecanismo capaz de superar as desigualdades sociais.

Estudo desenvolvido nas metrópoles brasileiras de Belo Horizonte, Distrito Federal, Porto Alegre, Recife, Salvador e São Paulo mostrou que a principal forma de se obter um emprego é pela rede de contatos pessoais. Em Porto Alegre e Salvador, um dos principais requisitos foi a escolaridade. Em São Paulo, além da escolaridade, foi preciso qualificação profissional. A idade mostrou o maior potencial de discriminação, assim como o sexo e a cor, que são determinantes na hora de conseguir um emprego.[131]

Em discussões a respeito da pobreza, muitas vezes o próprio indivíduo é responsabilizado pelos seus problemas, em um processo denominado culpabilização da vítima. Entretanto, pesquisa do IPEA com intuito de compreender a opinião da população brasileira sobre as causas da pobreza e sua natureza individual, estrutural e social, mostrou que a população compreende que as causas da pobreza são de origem estrutural e social e concorda que "*as pessoas são pobres porque não encontram emprego*" e que "*as pessoas são pobres porque não tiveram oportunidade de estudar*". [132]

O estudo mostrou ainda que 29,4% da população brasileira percebe o desemprego como a principal causa da pobreza, seguida de 18,4% que acredita ser a falta de educação formal e 12%, a renda insuficiente. Para a população brasileira esses problemas são fundamentais na geração da pobreza[132]. As dimensões críticas encontradas no presente estudo estão intimamente ligadas, pois para ter emprego é necessário ter acesso ao conhecimento e a ausência de um ou outro aumenta ainda mais as desigualdades existentes.[131]

A dimensão *ausência de vulnerabilidade* associou-se aos sintomas depressivos. Essa dimensão indica que essas famílias necessitam de recursos adicionais, pois entre seus integrantes existem sujeitos que necessitam usufruir de maiores recursos, como crianças e idosos, comprometendo a renda da família. [75]

Entretanto, estudo realizado em 21 municípios do Rio de Janeiro para identificação de vulnerabilidade de acordo com o estágio de desenvolvimento das famílias constatou que o rendimento dos idosos era o principal recurso para o sustento familiar. Este é um aspecto importante a ser considerado na formulação das políticas públicas, pois o idoso em geral é tido como alguém que traz maior vulnerabilidade para as famílias; no entanto, muitas vezes é ele que contribui significativamente para o sustento de seu grupo familiar. [76]

A dimensão acesso ao conhecimento também esteve associada aos sintomas depressivos. A falta de conhecimento e a baixa escolaridade dos membros da família implicam piores condições de vida e ainda dificultam a compreensão tanto do processo de envelhecimento quanto de qualquer doença que venha acometer um membro da família. Em se tratando de sintomas depressivos no idoso, esses podem ser vistos pela família como um processo normal da idade, resultando em maior sofrimento para o idoso. [77]

6 CONCLUSÕES

Os resultados desse estudo levaram às seguintes conclusões:

Quanto aos sintomas depressivos:

- 187 idosos apresentaram sintomas depressivos.

Quanto às características sociodemográficas dos idosos com e sem sintomas depressivos:

- A maioria era do sexo feminino (n=255; 68,2%);
- A média de idade foi de 71,8 anos (desvio-padrão=7,9; mediana=72);
- A situação conjugal “sem companheiro” foi maior entre os idosos com sintomas depressivos (n=112; 59,9%);
- A maioria (n=202; 54,0%) dos idosos tinha até 2 anos de estudo;
- No que tange o arranjo familiar, a maioria (n=301; 80,5%) dos idosos convivia com algum familiar;
- A maioria (n=286; 76,5%) convivia com até 3 pessoas na mesma casa;
- A maioria (n=343; 91,7%) possuía algum recurso financeiro próprio;
- A maioria (n=216; 57,8%) tinha renda *per capita* entre meio a um salário mínimo.
- Já a renda familiar média foi de R$ 1.509,98 (dp= R$ 934,241) entre os idosos com sintomas depressivos e de R$ 1.539,58 (dp= R$ 1.089,00) entre sem sintomas depressivos.
- Quanto a religião, 125 (66,8%) os idosos com sintomas depressivos eram católicos, 55(29,4%) protestantes ou

evangélicos, 1(0,5) espíritas e 6 (3,2%) professavam outras religiões. Entre os idosos sem sintomas depressivos, 126 (67,4%) eram católicos, 56 (29,9%) protestantes ou evangélicos, 2(1,1%) espíritas e 3 (1,6) seguiam outras religiões.

- A prática de atividade física não foi frequente na amostra estudada e apenas 94 (25,1%) referiram se exercitar diariamente;
- A maioria (n=309; 82,6%) não participava de atividade social;
- Os sintomas depressivos mostram-se associados às variáveis: sexo feminino, situação conjugal (sem companheiro), quatro pessoas residindo no mesmo domicílio e ausência de atividade física.

Quanto à vulnerabilidade social

- 187 (50,0%) famílias encontravam-se em situação de vulnerabilidade grave e 5 (1,3%), muito grave;
- As dimensões com os menores índices foram o acesso ao conhecimento (0,24) e o acesso ao trabalho (0,38);
- As dimensões com os maiores índices foram o desenvolvimento infantil (0,99) e a disponibilidade de recursos (0,92);
- A maioria das famílias (93,9%) encontrava-se em condições de vulnerabilidade grave e muito grave nas dimensões acesso ao conhecimento;
- 87,2% encontrava-se em condições de vulnerabilidade grave e muito grave nas dimensões acesso ao trabalho;

Quanto à funcionalidade familiar:

- 89(23,8%) das famílias encontravam-se em situação de disfunção moderada e elevada.

Quanto a associação entre os sintomas depressivos e a vulnerabilidade social:

- Não houve associação estatisticamente significativa entre os sintomas depressivos e o grau de vulnerabilidade das famílias;
- A associação foi significativa apenas nas dimensões ausência de vulnerabilidade (0,045) e acesso ao conhecimento (0,013).

Quanto a associação entre os sintomas depressivos e a funcionalidade familiar:

- Houve associação estatisticamente significativa (p=<0,001) entre a funcionalidade familiar e a presença de sintomas depressivos.

Quanto interdependência entre à vulnerabilidade social e a funcionalidade familiar nos sintomas depressivos:

- Não houve interdependência, uma vez que apenas a funcionalidade familiar esteve associada aos sintomas depressivos.

Na análise conjunta, foi possível observar que a chance de um idoso apresentar sintomas depressivos é:

- 87% maior nas mulheres em relação aos homens;
- 126% maior em idosos com famílias com quatro pessoas ou mais em relação às que são compostas por três pessoas ou menos,
- 67% maior naqueles que não praticam atividade física em relação aos que praticam e
- 436% maior para os idosos cujas famílias apresentam algum grau de disfuncionalidade familiar em relação aos que não apresentam.

Em síntese, esta investigação evidenciou a associação de sintomas depressivos com algumas características já identificadas em outros estudos, como, por exemplo, o sexo feminino e a inatividade física. Por outro lado, mostrou que o que determina a presença dos sintomas depressivos não é o fato de mesmo viver sozinho ou acompanhado da família, mas sim a quantidade de pessoas que convivem na casa e as relações que se estabelecem entre os familiares.

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo apresenta algumas limitações a serem superadas por pesquisas posteriores. A amostra estudada foi relativamente pequena, com potencial viés de seleção a favor de idosos saudáveis, visto que foi constituída por idosos ativos que podem não ser representativos da população idosa brasileira como um todo. Adicionalmente, foi realizado um corte transversal.

Outra limitação importante diz respeito ao pareamento dos casos e dos controles. A dificuldade na identificação dos casos impossibilitou o pareamento detalhado de algumas variáveis, tais como sexo e estado civil.

Pesquisas futuras serão necessárias sobre as variáveis que não se mostraram significativas ou que não foram objeto desta investigação.

Sugere-se ainda que novos estudos sobre o tema incluam idosos de variadas situações socioeconômicas, levando em conta a heterogeneidade das condições sociais dos idosos no Brasil.

8 REFERÊNCIAS

1. Alvarenga MRM. Avaliação da capacidade funcional, do estado de saúde e da rede de suporte social do idoso atendido na Atenção Básica [tese].São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2008.

2. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Faccenda O, Cerchiari EAN, Amendola F. Sintomas depressivos em idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família. Cogitare Enferm. 2010;15(2):217–24.

3. Souza RA. Avaliação e acompanhamento do quadro emocional de idosos assistidos na Atenção Básica [monografia]. Dourados: Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul; 2010.

4. Banco Mundial. Envelhecendo em um país mais velho: implicações do envelhecimento populacional para o crescimento econômico, a redução da pobreza, as finanças públicas e a prestação de serviços. Washington:The World Bank;2011.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

6. Carroza TG, Barco BLD. Estereotipo de los ancianos: percepción de los ancianos sobre sí mismos y sobre su grupo. Apunt. psicol. 2010;28(1):5–18.

7. Filho HRK, Koch LFA, Koch HR, Koch MFN, Diniewicz FA, Diniz RA. Envelhecimento humano e ancionismo: revisão. Rev. clín. pesq. Odontol. (Impr.) 2010;6(2):155–160.

8. Pitanga DA. Velhice na cultura contemporânea [dissertação]. Recife: Universidade Católica de Pernambuco;2006.

9. Organização Mundial de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

10. Barroso VL. Orfãos geriatras: sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento - estudo comparativo entre idosos institucionalizado e não institucionalizados. Porto:Psicoglobal; 2008. Disponível em : http://www.psicopatologia.com.pt/artigos/textos/TL0091.pdf

11. Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. Rev saúde pública. 2005;39(6):918–923.

12. Kessler RC, Birnbaum HG, Shahly V, Bromet E, Hwang I, McLaughlin KA & et al. Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. Depression. anxiety. 2010;27(4):351–364.

13. Grinberg LP. Depressão em idosos - desafios no diagnóstico e tratamento. RBM rev. bras. med. 2006;63(7):317–330.

14. Gazalle FK, Hallal PC, Lima MS. Depressão na população idosa : os médicos estão investigando ? Rev bras. psiquiatr. 2004;26(3):145–149.

15. Henriques SG, Fráguas R, Losifescu DV, Menezes PR, Lucia MCS, Gattaz WF & et al. Recognition of depressive symptoms by physicians. Clinics. 2009;64(7):629–635.

16. Carneiro RS, Falcone E, Clark C, Prette ZD, Prette AD. Qualidade de vida , apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. Psicol. reflex.crit. 2007;20(2):229–237.

17. González LAM, Romero YMP, López MR, Ramírez M, Stefanelli MC. Vivencia de los cuidadores familiares de adultos mayores que sufren depresión. Rev. Esc. Enferm.USP. 2010;44(1):32–39
.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2.528 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [legislação na Internet]. Brasília; 2006 [citado 2013 nov. 24]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf

19. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: O imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

20. Organização Mundial de Saúde/ONU. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Relatório Mundial da Saúde. Genebra; 2001

21. Porto JAD. Conceito e diagnóstico. Rev. bras. psiquiatr. 1999;21(1):6–11.

22. Garcia A, Passos A, Campo AT, Pinheiro E, Barroso F, Coutinho G & et al. A depressão e o processo de envelhecimento. Ciênc. cogn. 2006;7(1):111–121.

23. Souza RL, Medeiros JGM de, Moura ACL, Souza CLM, Moreira IF. Validade e fidedignidade da Escala de Depressão Geriátrica na identificação de idosos deprimidos em um hospital geral. J. bras. psiquiatr. 2007;56(2):102–107.

24. Stoppe Junior AS, Louzâ Neto MR. Depressão na terceira idade apresentação clínica e abordagem terapêutica.São Paulo: Lemos; 1996. Clínica e psicopatologia da depressão em idosos; p. 101–149.

25. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.

26. Matos EG de, Matos TMG, Matos GMG. Depressão melancólica e depressão atípica : aspectos clínicos e psicodinâmicos. Estud. psicol. (Campinas). 2006;23(2):173–180.

27. Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID-10. 3ª ed. Trad. do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português: São Paulo: EDUSP;1996

.

28. Lacerda A, Quarintini L, Scippa A, Porto J. Depressão: considerações diagnósticas e epidemiológicas.Porto Alegre: Artemed; 2009. Depressão: do neurônio ao funcionamento social; p. 14–26.

29. Minayo MCS, Cavalcante FG. Suicídio entre pessoas idosas : revisão da literatura. Rev. saúde pública. 2010;44(4):750–757.

30. Buss PM, Pellegrini Filho A. Iniqüidades em saúde no Brasil , nossa mais grave doença : comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Cad. saúde pública. 2006;22(9):2005–2008.

31. Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. Ciênc. saúde coletiva. 2012;17(1):123–133.

32. Buss PM, Pellegrini Filho A . A saúde e seus determinantes sociais. Physis (Rio J.). 2007;17(1):77–93.

33. Ayres JRCM, Paiva V, França Jr I, Gravato N, Lacerda R, Della Negra M & et al. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. Am.j. public health. 2006; 96(6):1001–1006.

34. Ayres J, Calazans G, Saletti H, Junior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: FIOCRUZ, . Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo; 2006. p. 375–418.

35. Guareschi NMF, Reis CD, Huning SM, Bertuzzi LD. Intervenção na condição de vulnerabilidade social: um estudo sobre a produção de sentidos com adolescentes do programa do trabalho educativo. Estud. pesqui.psicol. 2007;7(1):20–30.

36. Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LF & et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. Rev. Esc. Enferm. USP. 2009;43(2):1326–1330.

37. Abramovay M. Castro MG, Pinheiro LC, Lima FS, Martinelli CC. Juventude , violência e vulnerabilidade social na América Latina : desafios para Políticas Públicas. Brasília: UNESCO; 2002.

38. Santos AA, Pavarini SCI. Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. Rev. gaúcha enferm. 2010;31(1):115–122.

39. Gil MLM, Chavarria MLP, Heriz MAL, Accensi EB. Desigualdades sociales en la salud de las personas mayores. Gerokomos. 2007;18(1):30–33.

40. Burgos ACGF. Condições de risco biológico e psicossocial, recursos psicológicos [tese]. Campinas: Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, 2010.

41. Paz AA, Santos BRL , Eidt OR. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. Acta paul. enferm. 2006;19(3):338–342.

42. Brocklehurst H, Laurenson M. A concept analysis examining the vulnerability of older people. Br. j. nurs. 2008;17(21):1354–1357.

43. Pavarini SCI, Barha EJ, Mendiondo MSZ, Filizola CLA, Petrilli Filho JF, Santos AA. Família e vulnerabilidade social : um estudo com octogenários. Rev. latinoam. enferm. 2009;17(3):374–379.

44. Souza RF. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. Rev. bras. enferm. 2007;60(3):263–267.

45. Duarte YAO. Família - rede de suporte ou fator estressor: a ótica de idosos e cuidadores familiares [tese]. Escola de Enfermagem, Univeridade de São Paulo, 2001.

46. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM & et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. Lancet .2011;11(1):60135–7369.

47. Leite MT, Battisti IDE, Berlezi EM, Scheuer ÂI. Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. Texto & contexto enferm. 2008;17(2):250–257.

48. Andrade AINP de A e, Martins RML. Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu. Millenium. 2011;40:(1)185–199.

49. Pinto C. A família e a terceira idade:orientações psicogerontológicas. São Paulo: Paulinas;1997.

50. Departamento de Atenção Básica [internet]. Atenção Básica e a Saúde da Família. Brasília; 2011[atualizado 2013; citado 2013 set. 06. Disponível em http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php

51. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

52. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997

53. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado;1988.

54. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. Sus, modelos assistenciais e vigilância da saúde. inf. epidemiol. SUS.1998;7(2):7-28.

55. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. Informes Técnicos Institucionais. Programa Saúde da Família. Rev Saúde Pública. 2000;34(3):316–319.

56. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. (Série E. Legislação de Saúde).

57. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde;2009. (Cadernos de Atenção Básica).

58. Nascimento DDG do, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Mundo saúde. 2010;34(1):92–96.

59. Oliveira JCA, Tavares DMS. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família : atuação do enfermeiro. Rev. Esc. Enferm. USP. 2010;44(3):774–781.

60. Rêgo MAV. Estudos caso-controle: uma breve revisão. Gaz.méd.Bahia. 2010;80(1):101–110.

61. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2010: resultado da amostra. 2011.

62. Informações do Brasil. Síntese das informações de Dourados (MS). 2013 [Internet]. atualizado 2013; citado 2013 jul. 29]. Disponível em: http://informacoesdobrasil.com.br/dados/mato-grosso-do-sul/dourados/

63. Garbin VH, Silva MJ. Plano territorial de desenvolvimento rural sustentável território Grande Dourados-MS. Campo Grande: Ministério do Desenvolvimento Agrário; 2006. Disponível em http://sit.mda.gov.br/download/ptdrs/ptdrs_territorio047.pdf.

64. Prefeitura Municipal de Dourados. Perfil Socioeconômico de Dourados – MS [internet]. Dourados: Instituto de Pesquisa Fecomércio de MS; 2012. [Citado 2013 out. 9]. Disponível em: http://www.fecomercio-ms.com.br/arquivos/perfil/introducaoodourados2012.pdf.

65. Brasil. Instituto de Geografica e Estatística (IBGE). Mato Grosso do Sul – Dourados. Dados do Censo demográfio 2010 [Internet]. Brasília; 2013. [atualizado 2013; citado 2013 set. 5]. Disponível em: Available from: http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=500370&search=mato-grosso-do-sul|dourados.

66. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro; 2013. [atualizado 2013, citado 2013 nov.16]. Disponível em: http://www.pnud.org.br/IDH/Atlas2013.aspx?indiceAccordion=1&li=li_Atlas2013.

67. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução n.079/SES/MS. Aprova o Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências Macrorregião de Dourados. Diário oficial n.8.260, Campo Grande, 21 agost. 2012.

68. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet]. Datasus; 2011 [citado 2012 Jan 24]. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp.

69. Prefeitura do Município de Dourados. Secretaria de Assistência Social. Centro de Referência Especializado de Assistência Social. Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Família e Indivíduos. Estatística de idosos 2012 e 2013. Dourados; 2013.

70. Dawson B. Bioestatística básica e clínica. 3ª ed. São Paulo: McGraw-Hill; 2003.

71. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: manual do sistema de informação de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

72. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M & et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J. psychiatr. res. 1983;17(1):37–49.

73. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. Arq. Neuropsiquiatr. 1999;57(2):421–426.

74. Ferrari JF, Dalacorte RR. Uso da escala de depressão geriátrica de yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. Sci. med. 2007;17(1):3–8.

75. Barros RP, Carvalho M, Franco S. O índice de desenvolvimento da família (IDF) – Texto para discussão.Rio de Janeiro: IPEA; 2003.

76. Najar AL, Baptista TWF, Andrade CLT. Índice de desenvolvimento da família : uma análise comparativa em 21 municípios do Estado do Rio de Janeiro. Cad. saúde pública. 2008;24(1):134–147.

77. Carvalho M, Barros RP, Franco S. Índice de desenvolvimento da família. In:Acosta AR, Vitale MAF. organizadora. Família: redes e, laços e políticas. São Paulo : Instituto de Estudos Especiais/Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2007. p. 241-65.

78. Silva TMR. Avaliação da vulnerabilidade de famílias na Atenção Básica [dissertação]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

79. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. Análise multivariada de dados. Porto Alegre: Bookman;2009.

80. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafios. Nova Yok: HelpAge International; 2012.

81. SESC. UEMS participa de capacitação de cuidadores de idosos [Internet]. 2011 agost. 18 [citado 2013 nov. 20]. Disponível em: http://www.uems.br/portal/noticia.php?idnot=5904.

82. Watanabe HAW, Louvison MC, Prado AA, Busch T. Rede de atenção à pessoa idosa. Fundação Padre Anchieta; 2009;

83. Rio D, Cristina M. Perspectiva social do envelhecimento. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social: Fundação Padre Anchieta; 2009.

84. Pelegrino PS. Perspectiva biopsicológica do envelhecimento. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social: Fundação Padre Anchieta; 2009.

85. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Domingues MAR, Amendola F, Faccenda O. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. Ciênc. saúde Coletiva. 2011;16(5):2603–2611.

86. Fernandes MGM, Nascimento NFS, Costa KNFM. Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na Atenção Primária de Saúde. Rev. RENE. Fortaleza. 2010;11(1):19–27.

87. Domingues PC, Neri AL. Atividade física habitual, sintomas depressivos e doença auto-relatadas em idosos da comunidade. Rev. bras. ativ. fís. saúde. 2009;14(3):164-173.

88. Gomes NP, Diniz NMF, Araujo AJS, Coelho TMF. Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. Acta paul. enferm. 2007;20(4):504–508.

89. Schraiber LB, Barros CRS, Couto MT, Figueiredo WS, Albuquerque FP. Homens , masculinidade e violência : estudo em serviços de atenção primária à saúde. Rev. bras. epidemiol. 2012;15(4):790–803.

90. Couto MT, Schraiber LB. Homens, saúde e violência: novas questões de gênero no campo da saúde coletiva. In: Minayo MCS, Coimbra Jr. CEA, organizadores. Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 87-706.

91. Salgado CDS. Mulher idosa: a feminização da velhice. Estud. interdiscip.envelhec. 2002;4:7–19.

92. Pinho MX, Custódio O, Makdisse M. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade : revisão de literatura. Rev. bras. geriatr. gerontol. 2009;123–140.

93. Rombaldi AJ, Silva MC, Gazalle FK, Azevedo MR, Hallal PC. Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil : estudo transversal de base populacional. Rev. bras. epidemiol. 2010;13(4):620–629.

94. Lin PC, Wang HH. Factors associated with depressive symptoms among older adults living alone: an analysis of sex difference. Aging ment. health. 2011;15(8):1038–1044.

95. Zhang B, Li J. Gender and marital status differences in depressive symptoms among elderly adults: the roles of family support and friend support. Aging ment. health. 2011;15(7):844–854.

96. Justo LP, Calil HM. Depressão – o mesmo acometimento para homens e mulheres ? Rev. psiquiat. clín. 2006;33(2):74–79.

97. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2008.

98. Cavalcante FG, Minayo MCS, Mangas RMN. Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. Ciênc. saúde coletiva. 2013;18(10):2985–2994.

99. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil. *Rio de Janeiro*: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2000.

100. Faria ACNB, Barreto SM, Passos VMA. Sintomatologia depressiva em idosos de um plano de saúde. Rev. méd. Minas Gerais. 2008;18(3):175–182.

101. Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social. A pessoa idosa : educação e cidadania. Fundação Padre Anchieta. 2009;

102. Lamela D, Bastos A. Comunicação entre os profissionais de saúde e o idoso : uma revisão da investigação. Psicol. soc. 2012;24(3):684–690.

103. Camarano AA (org.). Os novos idosos brasileiro: muito além dos 60?. Rio de Janeiro: IPEA; 2004.

104. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional do Idoso. Brasília: Lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994; 2010

.

105. Camargos MCS, Rodrigues RN, Machado CJ. Idoso , família e domicílio : uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. Rev. bras. est.pop. 2011;28(1):217–230.

106. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira : uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro:IPEA, 2002.

107. Brajković L, Gregurek R, Kusević Z, Ratković AS, Bras M, Dordević V. Life satisfaction in persons of the third age after retirement. Coll. antropol. 2011;35(3):665–671.

108. Alvarenga LN, Kiyan L, Bitencourt B, Wanderley KS. Repercussões da aposentadoria na qualidade de vida do idoso . Rev. Esc. Enferm. USP. 2009;43(4):796–802.

109. Reichert CL, Diogo CL, Vieira JL, Dalacorte RR. Physical activity and depressive symptoms in community- dwelling elders from southern Brazil. Rev.bras.psiquiatr. 2011;33(2):165–170.

110. Vogel T, Brechat PH, Leprêtre PM, Kaltenbach G, Berthel M, Lonsdorfer J. Health benefits of physical activity in older patients: a review. Int. j.clin. pract. 2009;63(2):303–320.

111. Arroyo CT, Barroso CN. Barreiras encontradas por idosos da cidade de Pitangueiras / SP para a prática de exercícios físicos. Rev. Fafibe On-Line. 2012;(5):1-10.

112. Prefeitura de Dourados. Idosos comemoram hidroginástica gratuita. Dourados-Notícias [Internet]. Dourados; 2008 [citado 2013 out 18]. Disponível em: http://www.dourados.ms.gov.br/DesktopModules/Noticias/ImprimeNoticias.aspx?tabid=57&mid=377&ItemID=12330&ctl=Print&dnnprintmode=true&SkinSrc=%255BG%255DSkins%252F_default%252FNo+Skin&ContainerSrc=%255BG%255DContainers%252F_default%252FNo+Container.

113. Garcia MAA, Yagi GH, Souza CS, Odoni APC, Frigério RM, Merlin SS. Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. Rev. latinoam. enferm. 2006;14(2):175–182.

114. Li YP, Lin SI, Chen CH. Gender differences in the relationship of social activity and quality of life in community-dwelling Taiwanese elders. J. women aging. 2013;23(4):305–320.

115. Doll J, Gomes Â, Hollerweger L, Pecoits RM, Almeida ST. Atividade, desengajamento, modernização: teorias sociológicas clássicas sobre o envelhecimento. Estud. interdiscip.envelhec. 2007;12:7–33.

116. Floriano PJ, Dalgalarrondo P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. J. bras.psiquiatr. 2007;56(3):162–170.

117. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010: número de católicos cai e aumenta o de evangélicos, espíritas e sem religião [internet]. Brasília; 2012. [atualizado 2013; citado 2013 out. 15]. Disponível em: http://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo?view=noticia&id=1&idnoticia=2170&t=censo-2010-numero-catolicos-cai-aumenta-evangelicos-espiritas-sem-religiao.

118. Cardoso MCS, Ferreira MC. Envolvimento religioso e bem-estar subjetivo em idosos. Psicol. ciênc. prof. 2009;29(2):380–393.

119. Nave FJGM, Jesus SN. Ameaças à funcionalidade familiar: uma perspectiva sistémica da cultura organizacional da(s) família(s).Revista do centro de educação. 2005;30:(1)11–26.

120. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Conceitos [internet] Brasília; 2013. [atualizado 2013; citado 2013 set. 20]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm.

121. Paiva ATG, Bessa MEP, Moraes GLA de, Silva MJ, Oliveira RDP, Soares AMG. Avaliação da Funcionalidade de Famílias com idosos. Cogitare enferm. 2011;16(1):22–28.

122. Torres GV, Reis Luciana A, Reis Luana A , Fernandes MH. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. J.bras. psiquiatr. 2009;58(1):39–44.

123. OCampo JM, Romero N, Saa H, Herrera J, Reyes Ortiz CA. Prevalencia de las prácticas religiosas , disfunción familiar , soporte social y síntomas depresivos en adultos mayores . Colomb. med. 2006;37(2):26–30.

124. Torres GV, Reis Luciana A, Reis Luana A , Fernandes MH, Alves GS, Sampaio LS & et al. Funcionalidade familiar de idosos dependentes residentes em domicílios. Aval. psicol. 2009;8(3):415–423.

125. Wang J, Zhao X. Family functioning and social support for older patients with depression in an urban area of Shanghai, China. Arch. gerontol. geriatr. 2012;55(3):574–579.

126. Alcântara AO. Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos [dissertação].Campinas: Faculdade de Educação, Universidade de Campinas; 2003.

127. Noia AS, Secoli SR, Duarte YAO, Lebrão ML, Lieber NSR. Fatores associados ao uso de psicotrópicos por idosos residentes no Município de São Paulo. Rev. Esc. Enferm. USP. 2012;46(Esp):38–43.

128. Gomes MA, Pereira MLD. Família em situação de vulnerabilidade social : uma questão de políticas públicas. Ciênc. saúde coletiva. 2005;10(2):357–363.

129. Silva TMR, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Avaliação da vulnerabilidade de famílias assistidas na Atenção Básica.Rev. latinoam.enferm. 2012;20(5):1-9.

130. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). PNAD 2009 – Primeiras análises.Brasília : situação da educação brasileira-avanços e problemas. Brasília: IPEA; 2010.

131. Guimarães NA, Brito MMA, Silva PH. O acesso a oportunidades de trabalho no Brasil : uma comparação inter-metropolitana sobre os mecanismos de circulação da informação ocupacional e a reprodução da desigualdade. São Paulo: Centro de Estudos da Metrópole; 2010. Disponível em: http://www.fflch.usp.br/centrodametropole/antigo/static/uploads/seminario/nadyaop.pdf.

132. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Assistência Social Percepção sobre pobreza: causas e soluções. Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS). Brasília: IPEA; 2011

APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Escola de Enfermagem

Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira César – CEP: 05403-000
Tel: 3066-7652 – FAX: (11) 3066-7662 – Cx. Postal: 41633 CEP: 05422-970
e-mail: enssecre@edu.usp.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é **Rosely Almeida Souza**, sou enfermeira e estudante do curso de pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Minha orientadora é a professora **Maria Amélia C. Oliveira**.

Convido-o(a) para participar desta pesquisa científica intitulada "***A vulnerabilidade social e a funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos".*** A finalidade é conhecer as condições familiares e sociais de pessoas idosas e verificar se elas apresentam sintomas depressivos.

Se for de seu interesse participar, será feita uma única entrevista em que eu lhe farei algumas perguntas sobre suas condições de vida e de saúde, como idade, sexo, renda, relacionamento familiar, condições de moradia e recursos para se manter.

Em seguida, serão feitas algumas questões de caráter pessoal e que talvez possam lhe causar algum desconforto emocional. Se for o caso, interromperei a entrevista até que você se sinta confortável novamente e comprometo-me a encaminhá-lo para uma Unidade Básica de Saúde, se necessário.

Quero esclarecer que sua participação é voluntária, isto é, você só participa se quiser e terá toda liberdade de desistir de participar a qualquer momento, inclusive após o término da entrevista. Como responsável por este estudo, assumo o compromisso de manter em sigilo a identidade do participante quando da divulgação das informações coletadas.

Suas respostas serão de grande valor, pois ajudarão a compreender as condições de vida e saúde de idosos e identificar os casos de depressão. Esses casos serão comunicados à equipe da Estratégia Saúde da Família.

Os resultados desta pesquisa deverão ajudar a compreender a situação de idosos com sintomas depressivos e colaborar no planejamento de cuidados de saúde para essa população.

Caso sinta necessidade de entrar em contato comigo ou com a orientadora para qualquer esclarecimento, os telefones e o endereço para contato são:

Pesquisadora: (11) 6787-6728
Professora orientadora: (11) 3061 7652.

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva.
Av Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, 2º andar.
São Paulo, SP, CEP: 05403-000

Se quiser entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP, poderá usar o tel: (11) 3061-7548 ou o endereço eletrônico: edipesq@usp.br

Você está recebendo duas vias desse termo. Se estiver esclarecido sobre a finalidade deste estudo e concordar em participar, por favor, assine as duas cópias. Eu ficarei com a primeira e você ficará com a segunda via.

.....

Declaro que fui esclarecido(a) sobre a finalidade do estudo e que entendi o que me foi explicado. Assim, consinto em participar da pesquisa.

Dourados_____de_____de 2012.

Nome do entrevistado ou responsável:.....

Assinatura:.....

Assinatura da pesquisadora:.....

APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E SOCIOECONÔMICO

Data__/__/__ ESF:____Microárea:_____Família
Nome do idoso_____Idade_____Sexo: F(1) – M(0)
Escolaridade (anos de estudos completos). Analfabeto ou apenas assina o nome=zero
Estado civil: solteiro (1) – casado (2) – viúvo (3) – div/separado (4) – união estável – outros (6)

Arranjo Familiar – com quem mora: (1) só (0) acompanhado.

Religião: católico (1) – protestante/evangélico (2) – espírita (3) outras (4) – não tem (5)

Possui recurso financeiro próprio
(0) Não-Sem recurso
(1) Não-Auxílio da família
(2) Sim, de fontes diversas
(3) Benefício social
(4) Fontes diversas mais benefício social

Tipo de Benefício Social
(0) – Nenhum benefício
(1) Pensão
(2) Aposentadoria
(3) Pensão e aposentadoria
(4) Benefício de Prestação Continuada – BPC

Possui residência própria? N (0) - S (1)
Atualmente mora e residência: própria (1) - alugada (2) - cedida (3)
Renda Familiar Mensal: R$

Número de pessoas que reside na moradia:

Renda per capita: R$

Pratica atividade física: N (0) – S (1)

Participa de atividade social: Não (0) - Sim (1)

ANEXO I – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA ABREVIADA (15 itens)

1. Está satisfeito (a) com sua vida? Sim ( ) **Não** ( )

2. Interrompeu muitas de suas atividades? **Sim** ( ) Não ( )

3. Acha sua vida vazia? **Sim** ( ) Não ( )

4. Aborrece-se com frequência? **Sim** ( ) Não ( )

5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo? Sim ( ) **Não** ( )

6. Teme que algo ruim lhe aconteça? **Sim** ( ) Não ( )

7. Sente-se alegre a maior parte do tempo? Sim ( ) **Não** ( )

8. Sente-se desamparado com frequência? **Sim** ( ) Não ( )

9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? **Sim** ( ) Não ( )

10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas? **Sim** ( ) Não ( )

11. Acha que é maravilhoso estar vivo (a)? Sim ( ) **Não** ( )

12. Vale a pena viver como vive agora ? Sim ( ) **Não** ( )

13. Sente-se cheio/a de energia? Sim ( ) **Não** ( )

14. Acha que sua situação tem solução? Sim ( ) **Não** ( )

15. Acha que tem muita gente em situação melhor ? **Sim** ( ) Não ( )

.

ANEXO II – ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA

1. Dimensão: Ausência de vulnerabilidade

COMPONENTE: FECUNDIDADE			
Item	**Questão**	**Sim**	**Não**
01	Alguma mulher desta família teve filho nascido vivo no último ano?	0	1
02	Alguma mulher desta família teve filho nascido vivo nos dois últimos anos?	0	1
COMPONENTE: ATENÇÃO E CUIDADOS ESPECIAS COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES			
03	Há alguma criança de zero a 6 anos?	0	1
04	Há alguma criança ou adolescente até 14 anos?	0	1
05	Há alguma criança, adolescente ou jovem até 17 anos?	0	1
COMPONENTE: ATENÇÃO E CUIDADOS ESPECIAS COM IDOSOS			
06	Presença de idoso (60 anos ou mais)	0	1
07	Há presença de idoso com 75 anos ou mais	0	1
COMPONENTE: DEPENDÊNCIA ECONÔMICA			
08	Presença de cônjuge (relacionado ao/a responsável pelo domicílio).	1	0
09	Na sua casa mais que a metade dos moradores encontra-se em idade ativa, ou seja, de 15 anos ou mais (segundo IBGE/PNAD 2011)?	1	0
COMPONENTE: PRESENÇA DA MÃE			
10	Nesta família há alguma criança que não viva com a mãe?	0	1
11	Nesta família há alguma criança cuja mãe tenha morrido?	0	1
COMPONENTE: DESVANTAGEM FÍSICA E SOCIAL			
12	Há alguma pessoa com incapacidade visual?	0	1
13	Há alguma pessoa com incapacidade auditiva?	0	1
14	Há alguma pessoa com incapacidade para deambular?	0	1
15	Há alguma pessoa com deficiência física?	0	1

16	Há alguma pessoa com problemas mentais permanentes?	0	1

2. Dimensão: Acesso ao conhecimento

COMPONENTE: ANALFABETISMO			
Item	**Questão**	**Sim**	**Não**
17	Há alguma pessoa adulta nesta família que não sabe ler e escrever - analfabeto?	0	1
18	Há alguma pessoa adulta nesta família que tenha dificuldade para ler e escrever – analfabeto funcional?	0	1
19	Há alguma pessoa adulta com o ensino fundamental completo	0	1
COMPONENTE: ESCOLARIDADE			
20	Há algum adulto com ensino médio ou segundo grau completo?	1	0
21	Há algum adulto com alguma educação superior?	1	0
COMPONENTE: QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL			
22	Há pelo menos um trabalhador com qualificação de nível médio ou superior?	1	0

3. Dimensão: Acesso ao trabalho

COMPONENTE: DISPONIBILIDADE DE TRABALHO			
Item	**Questão**	**Sim**	**Não**
23	Mais da metade das pessoas em idade ativa exerce trabalho remunerado? (considerar 15 anos ou mais/ excluir trabalho infantil)	1	0
24	Pelo menos um trabalhador está há mais de seis meses no trabalho atual?	1	0
COMPONENTE: QUALIDADE DO POSTO DE TRABALHO			
25	Pelo menos um trabalhador desta família está ocupado no setor formal?	1	0
26	Pelo menos um trabalhador desta família está ocupado em uma atividade agrícola?	0	1

COMPONENTE: REMUNERAÇÃO			
27	Há alguma pessoa trabalhando com rendimento superior a 1 salário mínimo?	1	0
28	Há alguma pessoa trabalhando com rendimento superior a 2 salários mínimos?	1	0

4. Dimensão: Disponibilidade de recursos

COMPONENTE: EXTREMA POBREZA / POBREZA / CAPACIDADE DE GERAÇÃO DE RENDA			
Item	**Questão**	**Sim**	**Não**
29	Renda familiar *per capita* superior à linha da extrema pobreza	1	0
30	Renda familiar *per capita* superior à linha da pobreza	1	0
31	A maior parte (50%) da renda familiar advém de transferências (exemplo: ajuda de outras famílias ou instituições, benefícios como moradia, alimentação, roupas, vale-refeição, alimentação ou transporte, Bolsa-Família, Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), Benefício Assistencial de Prestação Continuada)?	0	1

5. Dimensão: Desenvolvimento infantil

COMPONENTE: TRABALHO PRECOCE			
Item	**Questão**	**Sim**	**Não**
32	Alguma pessoa desta família com menos de 14 anos está trabalhando?	0	1
33	Alguma pessoa desta família com menos de 16 anos está trabalhando?	0	1
COMPONENTE: ACESSO À ESCOLA			
34	Alguma pessoa desta família entre 0 a 6 anos está fora da escola?	0	1
35	Alguma pessoa desta família entre 7 a 14 anos está fora da escola?	0	1
36	Alguma pessoa desta família entre 15 a 17 anos está fora da escola?	0	1
COMPONENTE: PROGRESSO ESCOLAR			
37	Alguma criança até 14 anos está com + de dois anos de atraso escolar?	0	1

38	Algum adolescente desta família com idade entre 10 a 14 anos é analfabeto?	0	1
39	Algum jovem desta família entre 15 a 17 anos é analfabeto?	0	1
COMPONENTE: MORTALIDADE INFANTIL			
40	Há alguma mãe cujo filho tenha morrido	0	1
41	Há alguma mãe cujo filho tenha nascido morto?	0	1

6. Dimensão: Condições habitacionais

COMPONENTE: PROPRIEDADE / DÉFICIT HABITACIONAL			
Item	**Questão**	**Sim**	**Não**
42	A família possui residência própria?	1	0
43	A família reside em casa alugada ou cedida	0	1
44	Há mais que dois moradores por dormitório?	0	1
COMPONENTE: ABRIGABILIDADE			
45	O domicílio é feito de material de construção permanente (alvenaria)?	1	0
COMPONENTE: ACESSO ABASTECIMENTO DE ÁGUA / SANEAMENTO BÁSICO / LIXO / ENERGIA ELÉTRICA			
46	Neste domicílio há abastecimento de água da rede pública ou poço artesiano?	1	0
47	Neste domicílio há esgotamento sanitário adequado (rede geral ou fossa séptica)?	1	0
48	Neste domicílio há coleta de lixo?	1	0
49	Neste domicílio há acesso à eletricidade?	1	0
COMPONENTE: ACESSO A BENS DURÁVEIS			
50	Fogão	1	0
51	Geladeira	1	0
52	Freezer independente da geladeira	1	0
53	Televisão em cores	1	0
54	Rádio	1	0
55	Máquina de lavar roupa (não pode ser tanquinho)	1	0

56	Telefone móvel – celular	1	0
57	Telefone fixo	1	0
58	Computador	1	0
59	Internet	1	0

ANEXO III – APGAR DE FAMÍLIA

DIMENSÕES AVALIADAS	PERGUNTAS	Sempre	Algumas vezes	Nunca
		2	1	0
A = Adaptation (Adaptação): Representa a satisfação do membro da família com a assistência recebida quando recursos familiares são necessários. É definida como a capacidade de utilização de recursos intra e extrafamiliares, frente a uma situação de estresse familiar, para a resolução dos problemas que provocaram a alteração do equilíbrio da família.	Estou satisfeito, pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa me incomoda ou preocupa.			
P = Partnership (Companheirismo): Satisfação do membro da família com a reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas. Por definição, é a capacidade da família em repartir decisões, responsabilidades e ações de maneira a manter seus membros protegidos e "alimentados".	Estou satisfeito com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.			
G = Growth (Desenvolvimento): Representa a satisfação do membro da família com a liberdade disponibilizada pela família para mudanças de papéis e para o alcance de maturidade ou desenvolvimento emocional. É definido como maturidade estrutural e emocional da unidade familiar, bem como seu desenvolvimento obtido através de apoio, auxílio e orientações mútuas.	Estou satisfeito com a maneira como minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções.			
A = Affection (Afetividade): Indica a satisfação do membro da família com a intimidade e as interações emocionais em seu contexto familiar. Por definição, representa o cuidado ou a relação afetiva que existe entre os membros da família.	Estou satisfeito com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage a minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.			
R = Resolve (Capacidade resolutiva): representa a satisfação do membro da família com o tempo compartilhado entre eles. Em sua definição, associam-se a decisão, a determinação ou a resolubilidade existente em uma unidade familiar. É o compromisso existente entre os membros de se dedicar uns aos outros, com o objetivo de fortalecimento mútuo (geralmente envolve a questão de tempo compartilhado, divisão de bens materiais, prosperidade e espaço). Embora possa compreender todos esses aspectos, o autor considerou mais relevante incluir nesse domínio, apenas o tempo compartilhado entre os familiares.	Estou satisfeito com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.			

ANEXO IV – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Vulnerabilidade social e funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos

Pesquisador: Maria Amélia de Campos Oliveira **Versão:** 2
Área Temática:
Versão: 3
CAAE: 02147012.1.0000.5392
Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 527.275

Data da Relatoria: 11/02/2014

Apresentação do Projeto:
A depressão no idoso pode ser responsável pela perda da autonomia e o agravamento de quadros mórbidos preexistentes; além de muitas vezes serem confundidos com outras doenças, o que torna seu diagnóstico bastante difícil. Este estudo de caso-controle visa avaliar a associação entre sintomas depressivos em idosos, a vulnerabilidade social da família e a funcionalidade familiar. A população de estudo será constituída por 374 idosos com sintomas depressivos assistidos pela Estratégia Saúde da Família no município de Dourados, MS, e suas famílias. Os instrumentos utilizados serão a Escala de Depressão Geriátrica, o Índice de Desenvolvimento da Família e o Apgar de Família. Critério de Inclusão: Idosos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, assistidos pela ESF e que residem no município de Dourados, MS. Critério de Exclusão: Foram excluídos os idosos que não tivessem condições de participar da pesquisa, por doenças mentais ou alterações cognitivas e quando o idoso sorteado não foi encontrado em seu domicílio.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a associação entre sintomas depressivos em idosos, a vulnerabilidade social da família e a funcionalidade familiar.

Objetivos secundários:

Classificar os idosos quanto aos sintomas depressivos; Verificar as variáveis interferentes nos sintomas depressivos; Classificar as famílias quanto à vulnerabilidade social; Classificar as famílias quanto à funcionalidade familiar;
Verificar se existe associação entre os sintomas depressivos em idosos e a vulnerabilidade social; Verificar se existe associação entre os sintomas depressivos em idosos e a funcionalidade familiar; Verificar a interdependência entre a vulnerabilidade social e a funcionalidade familiar sobre os sintomas

depressivos.
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O estudo oferece risco mínimo, pode haver um desconforto pelas perguntas sociais e familiares. Benefícios: aprofundar conhecimento sobre sintomas depressivos em idosos e propor estratégias para a diminuição de sintomas depressivos nessa população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa previamente aprovada que retorna ao CEP para alteração da denominação do tipo de estudo, tamanho da amostra e objetivos. O projeto enviado em anexo está claro. No entanto, no formulário da proposta é preciso corrigir o critério de inclusão para "idosos com idade de 60 anos ou mais"; também no item hipótese da versão 3: os autores colocaram que "não se aplica", mas todo estudo com teste de associação tem hipótese. A versão (2) do projeto apresentava corretamente a formulação da hipóteses.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta TCLE de acordo com a resolução 466/12. (corrigido após submissão anterior ao CEP)
Recomendações:

Atender os comentários feitos acima no projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não precisa retornar ao CEP da EEUSP.

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP não substitui a autorização da instituição coparceira para o início da pesquisa. Reitera-se a necessidade de registro dos relatórios, parcial e final, na plataforma Brasil.

SÃO PAULO,11 de Fevereiro de 2014

Assinado por
Ruth Natalia Teresa Turrini
(Coordenador)

ANEXO V – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DA SAÚDE DE DOURADOS-MS

Solicitação de estágio curricular, extracurricular e não remunerado, aulas práticas, visitas, pesquisas, extensão e trabalhos.
Dados da Instituição/Requerente: Universidade de São Paulo - USP
Curso: Curso de Mestrado strito sensu da Escola de Enfermagem da USP
Professoras: Maria Amélia de Campos Oliveira USP Cel.: (11) 3061-7652 USP/
Marcia Regina M. Alvarenga UEMS cel:(67)8125-6436,comercial(67)3902-2516
Disciplina: Saúde Coletiva
Nome Completo dos Alunos: Rosely Almeida Souza
Atividade:
( )Estágio Curricular ( )Estágio Extracurricular e não Remunerado
( )Aulas Práticas ( )Visitas (x)Pesquisa ( )Extensão ( )Trabalhos _____
Proposta de Cronograma:
Data: A partir de Junho de 2012 Período: I(X) Local: Domicilio do idoso, por meio das ESFs do município.
Tema/Projeto/Solicitação: (Descrever sucintamente)
VULNERABILIDADE SOCIAL E FUNCIONALIDADE FAMILIAR DE IDOSOS COM SINTOMAS DEPRESSIVOS .A finalidade deste estudo é avaliar se a vulnerabilidade social e a funcionalidade familiar associam-se aos sintomas depressivos em idosos assistidos por equipes da ESF na Atenção Básica.
Objetivo:
• Avaliar a associação entre sintomas depressivos em idosos, vulnerabilidade social da família e funcionalidade familiar. • Classificar os idosos quanto aos sintomas depressivos; • Verificar as variáveis interferentes nos sintomas depressivos; • Classificar as famílias quanto à vulnerabilidade social; • Classificar as famílias quanto à funcionalidade familiar; • Verificar se existe associação entre os sintomas depressivos em idosos e a vulnerabilidade social; • Verificar se existe associação entre os sintomas depressivos em idosos e a funcionalidade familiar; • Verificar a interdependência entre a vulnerabilidade social e a funcionalidade familiar nos sintomas depressivos de idosos.
Atividade a ser realizada na Rede de Saúde Municipal: ESFs de Dourados
Entrevista com idosos assistidos pela Estratégia de saúde da Família
Apreciação da CEPET em: 15/02/12. (X) Aprovado
Data: 1º Semestre de 2013 Período: I (X) Local: ESFs do município
Quantidade de Alunos: 01
***** Os Alunos deverão OBRIGATÓRIAMENTE apresentar a cópia deste ao coordenador da unidade, a FALTA, impedirá adentrar e realizar suas atividades.**
Devolutivas à CEPET:
(X) Entregar cópia à SeMs: Novembro/2013, após o projeto Concluído.
Flavia Claudia Krapiec Jacob de Brito-Matrícula114764192 **Presidente da CEPET**