

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS RENÉ RACHOU**

**ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO E ANTROPOLÓGICO SOBRE SINTOMAS
DEPRESSIVOS EM IDOSOS VIVENDO EM COMUNIDADE: PROJETO BAMBUI**

**EPIDEMIOLOGICAL AND ANTHROPOLOGICAL STUDY OF DEPRESSIVE
SYMPTOMS AMONG COMMUNITY-DWELLING OLDER ADULTS: THE BAMBUI
HEALTH AND AGING STUDY (BHAS)**

SANDRA MARIA MELO CARVALHAIS

**BELO HORIZONTE
MAIO DE 2005**

Catálogo-na-fonte
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ
Biblioteca do CPqRR

C331e
2005

Carvalhais, Sandra Maria Melo

Estudo epidemiológico e antropológico sobre sintomas depressivos em idosos vivendo em comunidade: Projeto Bambuí / Sandra Maria Melo Carvalhais. – Belo Horizonte: Centro de Pesquisa René Rachou/Laboratório de Epidemiologia e Antropologia Médica, 2005.

viii, 61 f.: il; 29,7 x 21,0 cm.

Bibliografia: f 4; 16-20; 55-59

Dissertação (mestrado) – Dissertação para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós Graduação no Centro de Pesquisa René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz.

1. Sintomas depressivos 2. Idosos 3. Co-variáveis 4. Sistema de Signos 5. Significados e Ações I. Título. II. Demicheli, Maria Elizabeth Uchôa de Oliveira (Orientadora). III. Lima e Costa, Maria Fernanda Furtado de (Co – orientadora)

CDD – 22. ed. – 616.852 7

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS RENÉ RACHOU
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO E ANTROPOLÓGICO SOBRE SINTOMAS
DEPRESSIVOS EM IDOSOS VIVENDO EM COMUNIDADE: PROJETO BAMBUI**

Sandra Maria Melo Carvalhais

DISSERTAÇÃO APRESENTADA PARA OBTENÇÃO
DO TÍTULO DE MESTRE EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
NA ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE COLETIVA.

Orientadora: MARIA ELIZABETH UCHÔA DEMICHELI

Laboratório de Epidemiologia e Antropologia Médica/ CPqRR

Co-orientadora: MARIA FERNANDA FURTADO LIMA-COSTA

Laboratório de Epidemiologia e Antropologia Médica/ CPqRR

MAIO/ 2005

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS RENÉ RACHOU
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Esta Dissertação Intitulada:

**ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO E ANTROPOLÓGICO SOBRE SINTOMAS
DEPRESSIVOS EM IDOSOS VIVENDO EM COMUNIDADE: PROJETO BAMBUI**

Apresentada por:

SANDRA MARIA MELO CARVALHAIS

Foi avaliada pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof Dr – RENATO PEIXOTO VERAS

Prof Dr – FERNANDO AUGUSTO PROIETTI

Profª Dra – MARIA ELIZABETH UCHÔA DEMICHELI

Profª Dra – MARIA FERNANDA FURTADO LIMA-COSTA

**Dedico este trabalho à minha
mãe, Mariedith e a meus filhos,
Mariana e Henrique, com amor e
admiração.**

AGRADEÇO

À população de Bambuí, sem a sua cooperação este trabalho não seria possível.

Profundamente, à Prof^a Maria Elizabeth Uchoa Demicheli pela orientação competente e dedicada, pela generosidade em partilhar comigo seus conhecimentos e por me ensinar a aprender.

A Prof^a Maria Fernanda Furtado Lima-Costa, pela exatidão e aguçada capacidade científica em apurar o meu trabalho, na co-orientação.

Ao Sérgio William Viana Peixoto, importante colaborador na execução do trabalho, pela paciência na arte de ensinar.

À Dr^a Josélia Oliveira Araújo Firmo, pelo apoio constante, por me ensinar a lidar com o trabalho de campo e pela amizade sempre disponível.

À Comunidade do Centro de Pesquisas René Rachou, onde os alunos têm um acolhimento carinhoso, em um clima favorável às tarefas de ensino e pesquisa.

Ao Paulo (Secretaria da Pós-Graduação) e Albelena (Secretaria do Laboratório de Epidemiologia e Antropologia Médica) pelo auxílio dedicado.

A Maria Luzia e equipe do Posto Avançado de Estudos Emmanuel Dias – CPqRR/FIOCRUZ, em Bambuí, colaboradores imprescindíveis na execução dos trabalhos de campo.

À colega Maria das Graças Uchoa Penido Fonseca, competente nas traduções para o inglês e na amizade prestimosa.

Ao colega Hugo, fraterno companheiro neste percurso.

Aos colegas Tazi, Loyola, Divane, Jussara e Karla, sempre prontos a ajudar.

A minha colega e amiga Magda Maria Campos Pinto, “porto confiável” na ancoragem diária.

À Elida Mara, minha secretária, sempre pronta e paciente.

Aos meus irmãos e sobrinhos, pelo carinho e interesse, constante suporte afetivo.

Aos amigos, familiares e colegas da Associação Mineira de Psiquiatria, pelo apoio e incentivo permanentes.

Ao Prof. Matoso, competente e cuidadoso na revisão.

Meu reconhecimento aos meus pacientes, pela rica contribuição que concedem ao meu saber.

E ainda minha consideração a todos os que estiveram comigo e, de alguma forma, foram capazes de permanecer, engrandecendo-me e incitando-me a prosseguir. Felizmente, são tantos que eu não conseguiria nomeá-los.

Aos meus filhos, que estiveram ao meu lado nesta caminhada, dividindo tarefas e me fazendo feliz na certeza de estar “SempreViva”, e ao Cadu, que partilha conosco a sua serenidade e nos enriquece.

A todos os que construíram e constroem o PROJETO BAMBUÍ, pessoas capazes de desenvolver um trabalho a um só tempo cientificamente rigoroso e fundamentado no respeito pelo ser humano, o que se revela na generosa e franca participação da comunidade.

SUMÁRIO

Apresentação	01
Artigos da Coletânea	
Artigo 1	05
Influência da situação socioeconômica sobre os fatores associados aos sintomas depressivos em idosos residentes na comunidade: Projeto Bambuí	
Tabela 1 – Características sócio-demográficas da população estudada	21
Tabela 2 – Características sócio-demográficas da população e indicadores selecionados de rede social de apoio significativamente associados à presença de sintomas depressivos nas últimas 2 semanas (escore GHQ \geq 5) em pelo menos um dos estratos da renda domiciliar mensal	22
Tabela 3 – Condições de saúde e indicadores selecionados de uso de serviços de saúde significativamente associados à presença de sintomas depressivos nas últimas 2 semanas (escore GHQ \geq 5) em pelo menos um dos estratos da renda domiciliar mensal	23
Tabela 4 – Resultados finais da análise dos fatores associados à presença de sintomas depressivos nas últimas 2 semanas (escore GHQ \geq 5), estratificado por renda domiciliar mensal	24
Artigo 2.....	25
Projeto Bambuí: signos, significados e ações associados com os sintomas depressivos em idosos que vivem em comunidade	
Considerações finais	61

APRESENTAÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno demográfico mundial que levou a uma mudança na estrutura etária da população, com aumento do peso relativo e absoluto das pessoas acima de 60 anos. Esta mudança ocorreu de forma lenta nos países desenvolvidos, desde o final do século XIX, enquanto que nos países em desenvolvimento, este processo se iniciou mais tardiamente e continua ocorrendo de forma acelerada (Carvalho & Garcia, 2003).

O aumento do número de idosos nas últimas décadas no Brasil e a alta prevalência da depressão na população acima de 60 anos, situam a depressão como um problema de saúde pública nesta faixa etária. No entanto, freqüentemente a depressão em idosos não é reconhecida e desta forma, não é tratada, piorando a qualidade de vida dos indivíduos acometidos, além de aumentar os riscos de distúrbios funcionais e aumentar a morbidade e mortalidade (Gallo & Lebowitz, 1999; Beekman et al, 2002; Cole & Dendukuri, 2003). As dificuldades para o reconhecimento da depressão neste grupo etário se relacionam com questões conceituais, clínicas e metodológicas.

Conceitualmente, a literatura psiquiátrica refere-se à depressão tanto para expressar uma qualidade do humor, um sintoma ou uma doença delimitada como uma categoria diagnóstica (Kleinman & Good, 1985). Nos trabalhos aqui apresentados, serão abordados os sintomas depressivos clinicamente significativos, isto é, sintomas depressivos que podem apresentar as mesmas conseqüências para os indivíduos que os quadros clínicos diagnosticados de acordo com os manuais de classificação.

Clinicamente a depressão se expressa de formas variadas, o que pode trazer dificuldades para o diagnóstico. Pacientes idosos podem não se queixar de depressão ou não reconhecer que estão com sintomas depressivos. Devido ao predomínio de sintomas somáticos podem não se sentir tristes ou atribuir os seus sintomas a doenças físicas (Nelson, 2001), ou apresentam sintomas de ansiedade muito exacerbados, complicando o diagnóstico (Flint, 2005; Gallo & Lebowitz, 1999). Também pode passar despercebida porque muitas vezes é vista como parte inevitável do envelhecimento, tanto para os clínicos como para os idosos (Nelson, 2001).

Além dos aspectos clínicos e conceituais, o tipo de instrumento utilizado em alguns estudos para diagnóstico da depressão em idosos pode levar a uma sub-estimativa do número de casos. Muitos destes instrumentos, desenvolvidos para

serem utilizados na população adulta não podem ser aplicados a todas as síndromes depressivas da velhice (Beekman et al, 1999).

Segundo a literatura consultada, não existem estudos de base populacional da população idosa brasileira para determinar a influência da situação socioeconômica sobre a prevalência e os fatores associados à depressão. Um outro aspecto ainda pouco conhecido são as formas de pensar e agir da população idosa frente à depressão. Os estudos antropológicos permitem conhecer em profundidade a percepção que as pessoas idosas têm da depressão, como agem diante desta condição e quais fatores (econômicos, sociais, culturais) podem influenciar percepções e ações neste campo (Uchoa, 1997). Esta percepção deve ser levada em conta na elaboração de programas visando a abordagem da depressão.

O presente volume é constituído por dois artigos que apresentam os resultados de um estudo epidemiológico de base populacional e de um estudo antropológico sobre a depressão em idosos. O primeiro artigo, intitulado, Influência da situação sócio-econômica sobre os fatores associados aos sintomas depressivos em idosos residentes na comunidade: Projeto Bambuí teve o objetivo de investigar se os fatores associados com sintomas depressivos (características demográficas, rede social de apoio, eventos da vida, condições de saúde e uso de serviços de saúde) diferiam entre idosos com pior e melhor situação sócio econômica. O segundo artigo, intitulado Projeto Bambuí: signos, significados e ações associados com os sintomas depressivos em idosos que vivem em comunidade teve como objetivo investigar as maneiras de pensar e de agir de idosos bambuienses frente à depressão.

Esta coletânea é requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, área de concentração em Saúde Coletiva, do Centro de Pesquisas René Rachou (CPQRR) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

REFERENCIAS

Beekman ATF, Copeland JRM, Prince MJ. 1999. Review of community prevalence of depression in later life. *British Journal of Psychiatry*, 174: 307-311

Beekman ATF, Geerlings SW, Deeg DJH, Smit JH, Schoevers RS, Beurs E de, Braam AW, Penninx BWJH, Tilburg W van. 2002. The natural history of late-life depression. *Arch Gen Psychiatry*, 59:605-611

Carvalho JA & Garcia RA. 2003. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saúde Pública*, 19 (3): 725-33.

Cole GM, Denduruki N. Risk Factors for depression. 2003. *Am J Psychiatry* 160 (6): 1147-56.

Flint AJ. Editorial: Anxiety and Its Disorders in Late Life. 2005. Moving The field forward. *Am J Geriatr Psychiatry* 13: 3-6.

Gallo JJ, Lebowitz BD. The Epidemiology of Common Late-Life Mental Disorders in the community: 1999. Themes for the New Century. *Psychiatry Services*, 50(9): 1158-1166.

Kleinman A, Good B. Introduction. 1985. In: *Culture and Depression (studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder)*. University of California Press. Berkeley and Los Angeles, pp 1-32.

Nelson JC. 2001. Diagnosing and Treating Depression in the Elderly. *J Clin Psychiatry*; 62 (suppl 24): 18-22

Uchoa E. 1997. Epidemiologia e Antropologia: contribuições para uma abordagem dos aspectos transculturais da depressão. In: Canesqui AM (org). *Ciências Sociais e Saúde*. Editora HUCITEC / ABRASCO. São Paulo, p. 87-109.

ARTIGOS DA COLETÂNEA

ARTIGO 1

Influência da situação socioeconômica sobre os fatores associados aos sintomas depressivos em idosos residentes na comunidade: Projeto Bambuí

Do socioeconomic circumstances influence covariates of depressive symptoms among community-dwelling older adults? The Bambui Study

RESUMO

Objetivos – Investigar se as circunstâncias socioeconômicas influenciam as co-variáveis dos sintomas depressivos (características demográficas, rede social de apoio, eventos de vida, condições de saúde e uso de serviços de saúde) entre idosos residentes em comunidade.

Métodos – Todos os 1772 idosos (≥ 60 anos) que viviam na cidade de Bambuí (15000 habitantes), no sudeste do Brasil foram selecionados (1606 participaram). A variável dependente deste estudo foi sintomas depressivos, investigados por meio do General Health Questionnaire (GHQ-12).

Resultados – A prevalência de sintomas depressivos foi significativamente maior entre os idosos com renda domiciliar mensal inferior a 2 salários mínimos (43,9%), quando comparados com aqueles com renda mais alta (27,7%). Entre os últimos, gênero (feminino), idade (≥ 75 anos), satisfação com os relacionamentos pessoais, pior auto-avaliação da saúde e insônia apresentaram associações independentes e significativas com os sintomas depressivos. No estrato mais baixo de renda, além das variáveis mencionadas acima, verificou-se também que os sintomas depressivos estavam associados com o número de condições crônicas de saúde, dificuldades para realizar pelo menos uma entre cinco atividades da vida diária e com o número de hospitalizações no último ano.

Conclusões – A presença de sintomas depressivos foi maior entre os idosos com pior situação socioeconômica, mostrando que, mesmo em uma comunidade aparentemente homogênea, os sintomas depressivos são influenciados pelas circunstâncias socioeconômicas. Os resultados também mostram que as co-variáveis de sintomas depressivos são influenciadas pelas condições socioeconômicas dos idosos: no estrato mais baixo de renda, esses sintomas são associados com condições objetivas de saúde e uso de serviços de saúde (hospitalizações). As mesmas associações não foram observadas no estrato mais alto de renda.

Palavras-Chave: Sintomas depressivos, co-variáveis, condições socioeconômicas, idosos, General Health Questionnaire (GHQ-12)

ABSTRACT

Objectives – To investigate if socioeconomic circumstances influence the covariates of depressive symptoms (demographic characteristics, social network, life events, health condition and health service use) in elderly residents in community.

Methods – All the 1,772 older adults (≥ 60 years) living in Bambuí town (15,000 inhabitants), Southeast Brazil were selected (1606 participated). The outcome variable in the study was depressive symptoms, which were assessed using the General Health Questionnaire (GHQ-12).

Results – The prevalence of depressive symptoms was significantly higher among those with monthly household income inferior to 2 minimum wages (43,9%), comparing to those with higher income (27,7%). Among the later, gender (female), age, (≥ 75 years), fulfillment in personal relationships, worse self- rated health and insomnia presented independent and significant associations with depressive symptoms. In the lower income level, besides the above mentioned variables, it was also verified that the depressive symptoms were associated to number of chronic conditions, inability to perform at least one of five activities of daily living and to the number of hospitalization in the last year.

Conclusions – The presence of depressive symptoms was higher among elderly with worse socioeconomic status, showing that even in a community apparently homogeneous, the appearance of those symptoms is influenced by socioeconomic circumstances. The results also show that the covariates of depressive symptoms are influenced by the socioeconomic circumstances of older adults: in the lower level those symptoms are associated to objective health conditions and use of health services (hospitalizations). The same associations are not observed in the higher income level.

Keywords: Depressive symptoms, covariates, socioeconomic circumstances, elderly, General Health Questionnaire (GHQ-12)

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional vem ocorrendo de forma muito acelerada em países em desenvolvimento, chamando atenção para a depressão e outros aspectos da saúde mental do idoso, como novos problemas de Saúde Pública nesses países. Em países desenvolvidos, a depressão é uma das condições psiquiátricas mais comuns entre idosos (Beekman et al, 1999; Blazer, 2003), verificando-se que aqueles com sintomas depressivos apresentam maiores riscos de comprometimento funcional, aumento da mortalidade e aumento do uso de serviços de saúde (Gallo & Lebowitz, 1999; Hybels et al, 2001; Beekman et al, 2002; Cole & Dendukuri, 2003).

De uma maneira geral, a depressão entre idosos está associada ao gênero (mais freqüente entre as mulheres) (Koenig & Blazer, 1992; Cole & Dendukuri, 2003; Gallo & Lebowitz, 1999), à presença de doenças físicas (Koenig & Blazer, 1992; Birrer & Vemuri, 2004; Han, 2002; Woo J et al, 1994; Hybels et al, 2001), à pior capacidade funcional (Birrer & Vemuri, 2004; Cole & Dendukuri, 2003; Han, 2002; Hybels et al, 2001), aos transtornos do sono (Cole & Dendukuri, 2003) à viuvez e outros eventos de vida (Koenig & Blazer, 1992; Nelson, 2001; Birrer & Vemuri, 2004), à rede social de apoio (Koenig & Blazer, 1992; Han, 2002) e a alguns estilos de vida, como consumo de álcool (Birrer & Vemuri, 2004; Gallo & Lebowitz, 1999). Além disso, tem-se observado que a depressão é mais frequente entre idosos com pior condição socioeconômica (Beekman et al, 1999; Koenig & Blazer, 1992). Dessa forma, é razoável supor que o rápido envelhecimento observado em países menos desenvolvidos, onde as condições socioeconômicas são piores e as desigualdades sociais são mais acentuadas (World Development Report, 1999), resulte em uma maior carga de depressão na população idosa. Entretanto, estudos de base populacional da depressão entre idosos ainda são raros nesses países. Um estudo seccional conduzido em uma população idosa com baixo nível socioeconômico, no sudeste do Brasil (cidade de Bambuí), mostrou uma alta prevalência da depressão entre mulheres com 60 ou mais anos de idade. Entre estas, as prevalências de depressão no último mês e no último ano, determinadas por meio do “Composite International Diagnostic Interview” (CIDI), eram iguais a 26 e 34%, respectivamente. Entre os homens, as prevalências correspondentes foram mais baixas (5 e 10%, respectivamente) (Vorcaro et al, 2001).

Pelo nosso conhecimento, não se sabe se os fatores associados à depressão

entre idosos são os mesmos para aqueles com melhor e pior situação socioeconômica. Estudos que busquem a identificação desses fatores são importantes porque podem ajudar a esclarecer os mecanismos responsáveis pela ocorrência da depressão em condições sociais adversas.

O presente estudo de base populacional foi conduzido entre idosos residentes na cidade brasileira de Bambuí, acima mencionada, com o objetivo de investigar se os fatores associados com sintomas depressivos (características demográficas, rede social de apoio, eventos de vida, condições de saúde e uso de serviços de saúde) diferiam entre idosos com pior e melhor situação sócio-econômica.

METODOLOGIA

ÁREA DE ESTUDO

Na cidade de Bambuí há cerca de 15000 habitantes, predominando a agricultura, pecuária leiteira e comércio, como principais atividades econômicas. Em 1997, quando este estudo foi conduzido, a cidade possuía um hospital geral com 62 leitos, um médico para mil habitantes, e nenhum psiquiatra. O índice de desenvolvimento humano era igual a 0,70 e a esperança de vida ao nascer era igual a 70,2 anos. As principais causas de mortalidade entre os idosos eram doenças cerebrovasculares, doença de Chagas e doença isquêmica do coração. A alta taxa de mortalidade por doença de Chagas entre idosos deve-se à exposição dessa população, no passado, à infecção pelo *Trypanosoma cruzi*. Essa infecção, transmitida por um inseto triatomíneo, era, sobretudo, um reflexo de precárias condições de moradia. Embora a transmissão tenha sido interrompida há cerca de trinta anos, a sua prevalência entre idosos permanece alta devido a efeito de coorte. Maiores detalhes podem ser vistos em outras publicações (Lima-Costa et al, 2000; Lima-Costa et al, 2001; Vorcaro et al, 2001).

POPULAÇÃO ESTUDADA

Este trabalho é parte da linha de base da coorte de Bambuí. Os participantes da linha de base foram identificados por meio de um censo completo da cidade, realizado entre novembro e dezembro de 1996. Todos os residentes com 60 ou mais anos de idade em 1 de janeiro de 1997 (1742 pessoas) foram selecionados para participar do estudo, dos quais 1606 responderam ao questionário. As

características dos participantes eram similares às da população total da cidade na mesma faixa etária, em relação ao gênero, número de pessoas no domicílio, estado conjugal, renda domiciliar e escolaridade (Lima-Costa et al, 2000). Foram selecionados para o presente trabalho, todos os 1510 participantes da linha de base da coorte, que responderam ao General Health Questionnaire (GHQ-12). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Fundação Oswaldo Cruz.

VARIÁVEIS

A variável dependente deste estudo é a presença de sintomas depressivos nas duas semanas precedentes. A presença desses sintomas foi investigada por meio do General Health Questionnaire (Goldberg, 1970) na sua versão de 12 itens (GHQ-12), traduzida para o português e previamente validada no Brasil (Mari & Williams, 1985). Esse instrumento foi, mais recentemente, validado entre participantes do terceiro seguimento da coorte de Bambuí, verificando-se que o ponto de corte igual a 4/5 era aquele que apresentava o melhor balanço entre a sensibilidade e a especificidade (Costa, em preparação). Desta forma, este foi o ponto de corte adotado no presente trabalho.

As seguintes variáveis exploratórias foram consideradas: (a) características sócio-demográficas (gênero; faixa etária; número de gerações residentes no domicílio; anos de escolaridade completa e renda domiciliar mensal em salários mínimos da época (cada = U\$ 120.00 em 1997); (b) eventos de vida nos últimos 12 meses (aposentadoria, viuvez e outros problemas, tais como financeiros, domésticos, de vizinhança, de separação/divórcio, outras dificuldades conjugais, acidentes/assaltos, doença em família, morte de pessoas importantes, etc.); (c) rede social de apoio (satisfação com os relacionamentos pessoais, frequência semanal à igreja, frequência mensal a clubes e associações comunitárias; presença de uma pessoa em quem confia para trocar confidências, ouvir sugestões, ajudar para coisas importantes, etc.); (d) condições de saúde (auto-avaliação da saúde; diagnóstico médico anterior para doenças e condições crônicas selecionadas, tais como infarto do miocárdio, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, diabetes, doença de Chagas e artrite; incapacidade para realizar pelo menos uma entre cinco atividades da vida diária: tomar banho, alimentar-se, usar o banheiro, vestir-se e transferir-se da cama para uma cadeira; interrupção das atividades cotidianas devido a problemas de saúde nas 2 últimas semanas e insônia, definida como qualquer

perturbação do sono nos últimos 30 dias com algum nível de incômodo; (e) utilização de serviços de saúde nos últimos 12 meses (número de visitas ao médico e internações hospitalares). Maiores detalhes podem ser vistos em Lima-Costa et al, (2000).

As entrevistas foram feitas por entrevistadores selecionados entre membros da comunidade que possuíam pelo menos 11 anos de escolaridade, treinados por um psiquiatra para uso do GHQ-12 (Lima-Costa et al, 2000). As entrevistas foram realizadas na casa dos participantes e respondidas pelos mesmos. Quando algum problema de saúde limitava a participação na entrevista, recorreu-se a um respondente próximo. Este não respondeu às perguntas que requeriam julgamento pessoal, como é o caso de sintomas depressivos (Lima-Costa et al, 2000).

ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi estratificada, segundo a renda familiar mensal. Dois grupos foram constituídos: renda domiciliar mensal inferior a dois salários mínimos e renda mensal igual ou superior a dois salários.

Inicialmente foi feita análise bivariada dos dados, que foi baseada no teste do Qui quadrado de Pearson (não apresentada) e em Odds ratios não ajustados. A regressão logística múltipla (Hosmer & Lemenshow, 1989) foi usada para determinar a associação independente entre as variáveis exploratórias e a presença de sintomas depressivos. O critério para a inclusão das variáveis nos modelos logísticos iniciais foi a associação com sintomas depressivos na análise bivariada em nível inferior a 0,20. Todas as variáveis associadas com sintomas depressivos em nível inferior a 0,05 foram mantidas no modelo final. A análise foi feita utilizando-se o software Stata, versão 7.0 (Stata Corporation, 2001).

RESULTADOS

Dos 1742 idosos residentes na área estudada, 1510 (86,7%) participaram deste trabalho. Entres os participantes predominavam as mulheres (61,1%), idosos mais jovens (33,8 e 26,0% estavam nas faixas etárias de 60-64 e 65-69 anos), aqueles com baixa escolaridade (31,2% jamais haviam estudado e 33,1% apresentavam escolaridade inferior a 4 anos) e baixa renda familiar (67,2% apresentavam renda familiar inferior a dois salários mínimos) (Tabela 1).

A presença de sintomas depressivos foi observada em 38,5% dos participantes. A prevalência desses sintomas foi significativamente mais alta entre aqueles com renda domiciliar mensal inferior a 2 salários mínimos (43,9%), em comparação àqueles com renda domiciliar mais alta (27,7%) (OR ajustado por idade e sexo = 1,96; IC 95%: 1,55-2,48)

Na Tabela 2 estão apresentados os resultados da análise bivariada das características sócio-demográficas e dos indicadores selecionados de rede social de apoio, que apresentaram associações estatisticamente significantes ($p < 0,05$) com a presença de sintomas depressivos, em pelo menos um dos estratos de renda. Essas variáveis foram as seguintes: gênero, faixa etária, anos de escolaridade, satisfação com relacionamentos pessoais e frequência semanal à igreja. As demais características investigadas (número de gerações residentes no domicílio, todos os eventos de vida, frequência mensal a clubes e associações e presença de uma pessoa em quem confia) não apresentaram associações significantes com a presença de sintomas depressivos nessa análise.

Todos os indicadores da condição de saúde e de usos de serviços de saúde considerados neste trabalho apresentaram associações significantes ($p < 0,05$), na análise bivariada, com a presença de sintomas depressivos nas 2 últimas semanas, tanto entre idosos com renda domiciliar mensal inferior a 2 salários mínimos, quanto entre aqueles com renda familiar mais alta (Tabela 3).

Após ajustamentos por variáveis de confusão, satisfação com relacionamentos pessoais, auto-avaliação da saúde e queixa de insônia nos últimos 30 dias permaneceram significativamente ($p < 0,05$) associados com a presença de sintomas depressivos, em ambos estratos de renda domiciliar familiar mensal. Além dessas variáveis, entre aqueles com renda domiciliar mensal inferior a 2 salários mínimos, número de doenças ou condições crônicas relatadas, incapacidade para realizar pelo menos uma entre cinco atividades da vida diária e número de hospitalizações nos últimos 12 meses também apresentaram associações independentes e significantes com a presença de sintomas depressivos. Entre aqueles de renda mais alta, somente gênero (feminino) e faixa etária (75+ anos) persistiram significativamente associadas com a presença de sintomas depressivos, além dos três fatores mencionados inicialmente (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostraram que a prevalência de sintomas depressivos atuais, determinado por meio da versão de 12 itens do GHQ foi alta, tendo sido 1.6 vezes maior entre os idosos mais pobres que entre aqueles com melhor situação socioeconômica (44 vs. 28%, respectivamente). Esses resultados estão de acordo com observações realizadas anteriormente sobre a associação entre depressão e situação socioeconômica adversa, tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento (Patel & Kleinman, 2003; Almeida Filho, 2004). Entretanto, nossos resultados acrescentam em relação a estudos anteriores por mostrar que a influência da situação socioeconômica na presença de sintomas depressivos pode ser observada, mesmo que se trate de uma população idosa com diferenças de renda menos expressivas, como é o caso de Bambuí.

De uma maneira geral, estudos anteriores têm mostrado que os sintomas depressivos entre idosos estão associados ao gênero (Koenig & Blazer, 1992; Cole & Dendukuri, 2003; Gallo & Lebowitz, 1999), à faixa etária (Gallo & Lebowitz, 1999; Blazer, 1987), à rede social de apoio (Koenig & Blazer, 1992; Han, 2002; Hybels et al, 2001; Flint, 2005), à condição de saúde (Koenig & Blazer, 1992; Birrer & Vemuri, 2004; Han, 2002; Woo J et al, 1994; Hybels et al, 2001) e ao acesso e uso de serviços de saúde (Rabheru, 2004). Várias dessas associações foram encontradas no presente trabalho. Entretanto, importantes semelhanças e diferenças foram observadas entre os estratos de renda. A auto-avaliação da saúde apareceu como a característica mais fortemente associada à presença de sintomas depressivos nos dois grupos estudados, verificando-se que a força da associação aumentava à medida que era pior a auto-avaliação da saúde. Este é um aspecto que merece ser destacado porque a associação entre auto-avaliação da saúde e sintomas depressivos tem sido freqüentemente observada (Lima-Costa et al, 2004; Han, 2002), sendo essa avaliação um preditor robusto e consistente da mortalidade e do declínio funcional entre idosos (Idler & Benyamini, 1997). Outra variável que apresentou associação forte e consistente em ambos os grupos de renda foi a insônia. Dado à natureza do nosso estudo (seccional), não é possível saber se a insônia antecedeu ou foi consequência da depressão, uma vez que a insônia é um sintoma freqüente da mesma (Aguiar & Dunningham, 1993; Gazalle et al, 2004).

A associação entre rede social de apoio e sintomas depressivos em idosos é

bem estabelecida (Hybels et al, 2001; Flint, 2005). No presente trabalho, o apoio social foi avaliado como satisfação com os relacionamentos pessoais, presença de alguém em quem confia e frequência a igrejas e clubes ou associações comunitárias. Somente a primeira apresentou associação independente e significativa com sintomas depressivos. Essa associação foi observada nos dois estratos de renda, mas uma importante diferença foi encontrada. Entre os idosos com pior situação socioeconômica, insatisfação com os relacionamentos pessoais apresentou associação significativa com os sintomas depressivos. Ao passo que entre aqueles de melhor situação socioeconômica, essa associação foi encontrada para indiferença com esses relacionamentos. Possivelmente, as duas associações são expressões diferentes de um mesmo fenômeno (relações pessoais pouco satisfatórias).

As diferenças nos fatores associados com os sintomas depressivos entre idosos segundo a condição socioeconômica concentram-se na idade e no gênero, assim como em dois indicadores da condição de saúde (três ou mais doenças ou condições crônicas auto-referidas, incapacidade para realizar pelo menos uma entre cinco atividades da vida diária) e na ocorrência de uma ou mais hospitalizações no ano precedente. Gênero e faixa etária mais elevada (75 ou mais anos de idade) estiveram associados com os sintomas depressivos entre idosos com renda domiciliar mais alta, ao passo que entre os mais pobres essas associações não foram encontradas. Não existe uma explicação evidente para essa diferença. Com relação aos indicadores de saúde acima mencionados, as associações encontradas sugerem que as repercussões dos problemas de saúde investigados e da hospitalização são diferentes nos dois estratos de renda. Um estudo antropológico conduzido entre idosos residentes na comunidade estudada mostrou que os problemas de saúde, per se, não eram reconhecidos como problemas pela população idosa. O importante para essa população era a possibilidade de contorná-los, mediante acesso ao tratamento e a cuidados médicos de qualidade (Uchoa, 2003). Os resultados do presente trabalho reforçam essas observações e mostram que a estrutura da depressão em idosos pode estar relacionada com elementos dependentes do contexto socioeconômico.

A principal limitação deste trabalho é a natureza seccional do estudo. Esse delineamento não permite estabelecer relação temporal, o que limita a interpretação de várias das associações observadas. Por outro lado, o delineamento adotado

permitiu determinar a carga de sintomas depressivos na população estudada e identificar grupos vulneráveis. Um outro aspecto que merece ser destacado é a validade do instrumento adotado para a identificação de sintomas depressivos. O General Health Questionnaire-12 é um instrumento de fácil administração, delineado para identificar doenças psiquiátricas na população geral (Goldberg & Balckwell, 1970). O GHQ-12 tem sido amplamente utilizado em estudos epidemiológicos para rastreamento de sintomas depressivos e ansiosos (Comino et al, 2000; O' Rourke et al, 1998; Harrison et al, 1999; Costa et al, 2003), tendo sensibilidade e especificidade satisfatórias (van Hemert, 1995; Mari,& Williams, 1985). Um estudo mais recente desenvolvido entre idosos mais velhos participantes da coorte de Bambuí, descreveu valores de sensibilidade e especificidade iguais a 70% e 65% para o GHQ-12, respectivamente (Costa, em preparação). Considerando esses valores é razoável assumir que o presente trabalho está sujeito a viés de classificação, atuando no sentido de reduzir a força das associações encontradas.

Os sintomas depressivos são preditores da mortalidade (Hybels et al, 2001; Beekman et al, 2002), de diversas doenças (Cole & Dendukuri, 2003; Koenig & Blazer, 1992; Birrer & Vemuri, 2004; Han, 2002; Woo J et al, 1994; Hybels et al, 2001) e da redução da capacidade funcional (Birrer & Vemuri, 2004; Cole & Dendukuri, 2003; Han, 2002; Hybels et al, 2001; Alexopoulos, 1996; Hays, 1998) entre os idosos, constituindo uma das mais importantes causas evitáveis destes eventos (Beekman et al, 1999; Nelson, 2001).

Os resultados do presente trabalho chamam a atenção para a alta prevalência de sintomas depressivos entre idosos residentes em uma pequena cidade do interior do Brasil e mostram, sobretudo, que a situação socioeconômica pode influenciar, tanto a distribuição da depressão, quanto os fatores associados à mesma. É necessário realizar análises dos dados longitudinais do Projeto Bambuí para que possam ser esclarecidas as relações temporais e os mecanismos envolvidos nessas associações.

REFERÊNCIAS

Aguiar WM, Dunningham. 1993. Depressão geriátrica: aspectos clínicos e terapêuticos. Bol CBPTD Arquivos Brasileiros de Medicina, 67(supl 4): 297-99.

Alexopoulos GS, Vrontou C, Kakuma T, Meyers BS, Young RC, Klausner E, Clarkin J. 1996. Disability in geriatric depression. Am J Psychiatry, 153 (7): 877-85.

Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Aquino E, James AS, Kawachi I. 2004. Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class. Social Science & Medicine, 59: 1339-1353

Beekman ATF, Copeland JRM, Prince MJ. 1999. Review of community prevalence of depression in later life. British Journal of Psychiatry, 174: 307-311

Beekman ATF, Geerlings SW, Deeg DJH, Smit JH, Schoevers RS, Beurs E de, Braam AW, Penninx BWJH, Tilburg W van. 2002. The natural history of late-life depression: a 6-year prospective study in the community. Arch Gen Psychiatry, 59: 605-11.

Birrer RB, Vemuri SP. 2004. Depression in Later Life: a diagnostic and Therapeutic challenge. American Family Physician, 69 (10): 2376-2382

Blazer D, Hughes DC, George LK. 1987. The epidemiology of depression in an elderly community population. Gerontologist, 27(3): 281-7

Blazer DG. 2003. Depression in Late Life: review and commentary. Journal of Gerontology: Medical Sciences., 58A(3): 249-265

Cole MG, Dendukuri N. 2003. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. Am J Psychiatry, 160(6): 1147-56

Comino EJ, Silove D, Manicavasagar V, Harris E, Harris MF. 2000. Agreement in symptoms of anxiety and depression between patients and GPs: the influence of ethnicity. *Family Practice*, 18(1): 71-77

Costa EC, Barreto SM, Uchoa E, Lima-Costa MFF. 2003. Agreement between the Geriatric Depression Scale and the General Health Questionnaire in a population-based elderly cohort: The Bambuí Health & Ageing study (BHAS). *Clinical Gerontologist*, 26(3/4): 69-83

Costa ECC. Validação da escala GHQ-12 (General Health Questionnaire) em idosos mais velhos: Projeto Bambuí (em preparação)

Flint AJ. 2005. Editorial: Anxiety and Its Disorders in Late Life. Moving the field forward. *Am J Geriatr Psychiatry*, 13: 3-6

Gallo JJ, Lebowitz BD. 1999. The epidemiology of common late-life mental disorders in the community: themes for the new century. *Psychiatric Services*, 50(9): 1158-1166.

Gazalle FK, Lima MS, Tavares BF, Curi H. 2004. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no sul do Brasil. (Depressive symptoms and associated factors in an elderly population in southern Brazil). *Rev. Saúde Pública*; 38 (3): 365-71

Goldberg DP, Blacwell B. 1970. Psychiatric Illness in General Practice: A detailed study using a new method of case identification. *British Medical Journal*, 2: 439-443.

Han B. 2002. Depressive Symptoms and self-rated health in community-dwelling older adults: a longitudinal study. *Journal of American Geriatrics Society*, 50(9): 1549-1556

Harrison J, Barrow S, Gask L, Creed F. 1999. Social determinants of GHQ score by postal survey. *Journal of Public Health Medicine*, 21(3): 283-288

Hays JC, Landerman LR, George LK, Flint EP, Koenig HG, Land KC, Blazer DG. 1998. Social correlates of dimensions of depression in the elderly. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 53B(1): 31-39

Hemert AM van. 1995. Detecting Psychiatric disorders in medical practice using the General Healthy Questionnaire: Why do cut-off vary? *Psychol Med*, 25(1): 165-170.

Hosmer DW, Lemeshow S. 1989. *Applied Logistic Regression*, New York: John Wiley and Sons.

Hybels CF, Blazer DG & Pieper CF. 2001. *The Gerontologist*, 41(3): 357-365

Idler EL, Benyamini Y. 1997. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc. Behav*; 38(1): 21-37

Koenig HG, Blazer DG. 1992. Epidemiology of geriatric affective disorders. *Clin Geriatr Med.*, 8(2): 235-51

Lima-Costa MFF, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JOA, Vidigal PG, Barreto, SM. 2000. The Bambui Health and Aging Study (BHAS): methodological approach and preliminary results of a population based cohort study of the elderly in Brazil. *Revista de Saúde Pública*; 34(3):126-135

Lima-Costa MFF, Barreto SM, Guerra HL, Firmo JOA, Uchoa E, Vidigal PG. 2001. Ageing with *Trypanosoma cruzi* infection in a community where the transmission has been interrupted: The Bambui Health and Aging Study (BHAS). *International Journal of Epidemiology*, 30:887-893.

Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchoa E. 2004. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Rev. Saúde Pública*, 38(6): 627-34.

Mari JJ & Williams P. 1985. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil using Relative Operating Characteristics (ROC) analysis. *Psychol Med*, 15: 651-659.

Nelson JC. 2001. Diagnosing and Treating Depression in the Elderly. *J Clin Psychiatry*; 62(suppl 24): 18-22

O'Rourke S, MacHale S, Signorini D, Dennis M. 1998. Detecting psychiatric morbidity after stroke. *Stroke*, 29: 980-985

Patel V, Kleinman A. 2003. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(8): 609-615

Rabheru K. 2004. Special Issues in the Management of Depression in Older Patients. *Can J Psychiatry*, 49(Suppl 1):41S–50S

Stata Corporation. 2001. *Stata Statistical Software* (computer program). Release 7.9. College station, Texas, United States: Stata Corporation;.

Uchôa E. 2003. Contribuição da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Cad Saúde Pública*, 19:849-53.

Vorcaro CMR, Lima-Costa MFF, Barreto SM, Uchoa E. 2001. Unexpected high prevalence of 1-month depression in a small Brazilian community: the Bambui Study. *Acta Psychiatr Scand*, 104: 257-263.

World Bank. 1999. *World development report 1998/99*. Washington, DC.

Woo J, Ho SC, Yuen YK, Chiu H, Lee HC, Chi Y. 1994. The prevalence of depressive symptoms and predisposing factors in an elderly chinese population. *Acta Psychiatr Scand*, 59: 8-13.

Tabela 1 – Características sócio demográficas da população estudada

Variáveis	n	%
Gênero		
Masculino	588	38,9
Feminino	922	61,1
Faixa etária (anos)		
60-64	510	33,8
65-69	393	26,0
70-74	283	18,7
75+	324	21,5
Anos de escolaridade		
0	469	31,2
1-3	498	33,1
4-7	417	27,7
8+	121	8,0
Renda domiciliar mensal ¹		
< 1	440	29,3
1-1,99	568	37,9
2+	491	32,8

¹1 salário mínimo = U\$120.00 em 1997

Tabela 2 – Características sócio-demográficas e indicadores selecionados de rede social de apoio significativamente associados à presença de sintomas depressivos nas últimas 2 semanas (escore GHQ¹ ≥ 5) em pelo menos um dos estratos da renda domiciliar mensal

Variáveis	Renda domiciliar mensal					
	< 2,0 salários mínimos ²			≥ 2 salários mínimos		
	GHQ ≥ 5 n (%)	GHQ < 5 n (%)	OR (IC 95%) ³	GHQ ≥ 5 n (%)	GHQ < 5 n (%)	OR (IC 95%)
Gênero						
Masculino	136 (30,8)	226 (39,9)	1,0	40 (29,4)	179 (50,4)	1,0
Feminino	306 (69,2)	340 (60,1)	1,49 (1,15-1,94)	96 (70,6)	176 (49,6)	2,44 (1,59-3,72)
Faixa etária (anos)						
60-64	131 (29,6)	191 (33,8)	1,0	42 (30,9)	140 (39,4)	1,0
65-69	126 (28,5)	147 (25,9)	1,25 (0,90-1,73)	36 (26,5)	81 (22,8)	1,48 (0,88-2,49)
70-74	84 (19,0)	110 (19,4)	1,11 (0,78-1,59)	19 (14,0)	69 (19,4)	0,92 (0,49-1,69)
75+	101 (22,9)	118 (20,8)	1,25 (0,88-1,77)	39 (28,7)	65 (18,3)	2,00 (1,18-3,38)
Anos de escolaridade						
0	196 (44,6)	203 (36,0)	1,0	24 (17,7)	42 (11,9)	1,0
1-3	140 (31,8)	213 (37,8)	0,68 (0,50-0,90)	43 (31,6)	100 (28,3)	0,75 (0,40-1,39)
4-7	94 (21,4)	136 (24,1)	0,72 (0,52-0,99)	52 (38,2)	130 (36,7)	0,70 (0,39-1,27)
≥8	10 (2,3)	12 (2,1)	0,86 (0,36-2,04)	17 (12,5)	82 (23,2)	0,36 (0,18-0,75)
Satisfação com os relacionamentos pessoais						
Satisfeito/ Muito						
satisfeito	370 (84,1)	525 (92,8)	1,0	112 (82,4)	324 (91,3)	1,0
Indiferente	32 (7,3)	23 (4,1)	1,97 (1,13-3,42)	16 (11,8)	13 (3,7)	3,56 (1,66-7,63)
Insatisfeito / Muito						
insatisfeito	38 (8,6)	18 (3,2)	2,99 (1,68-5,33)	8 (5,9)	18 (5,1)	1,28 (0,54-3,03)
Freqüência semanal a igreja						
Não	277 (63,5)	396 (70,3)	1,0	99 (73,9)	258 (73,5)	1,0
Sim	159 (36,5)	167 (29,7)	1,36 (1,04-1,78)	35 (26,1)	93 (26,5)	0,98 (0,62-1,54)

¹ GHQ: General Health Questionnaire.

² salário mínimo = U\$120,00 em 1997.

³ OR (IC 95%): Odds ratios (intervalo de confiança, 95%).

Tabela 3 – Condições de saúde e indicadores selecionados de uso de serviços de saúde significativamente associados à presença de sintomas depressivos nas 2 últimas semanas (escore GHQ¹ ≥ 5) em pelo menos um dos estratos da renda domiciliar mensal

Variáveis	Renda domiciliar mensal					
	< 2,0 salários mínimos ²			≥ 2 salários mínimos		
	GHQ ≥ 5 n (%)	GHQ < 5 n (%)	OR (IC 95%) ³	GHQ ≥ 5 n (%)	GHQ < 5 n (%)	OR (IC 95%)
Auto-avaliação da saúde						
Muito boa / boa	41 (9,3)	168 (29,7)	1,0	22 (16,9)	140 (39,4)	1,0
Razoável	208 (47,1)	281 (49,6)	3,03 (2,06-4,46)	70 (51,5)	178 (50,1)	2,50 (1,47-4,24)
Ruim / muito ruim	191 (43,2)	117 (20,7)	6,68 (4,43-10,09)	44 (32,3)	37 (10,4)	7,56 (4,04-14,16)
Número de doenças ou condições crônicas relatadas						
0	69 (15,6)	172 (30,4)	1,0	30 (22,1)	113 (31,8)	1,0
1	136 (30,8)	197 (34,8)	1,72 (1,20-2,45)	33 (24,3)	117 (32,9)	1,06 (0,60-1,85)
2	109 (24,7)	109 (19,3)	2,49 (1,69-3,66)	30 (22,1)	67 (18,9)	1,68 (0,93-3,04)
3+	128 (29,0)	88 (15,5)	3,62 (2,45-5,35)	43 (31,6)	58 (16,3)	2,79 (1,58-4,90)
Insônia nos últimos 30 dias						
Não	171 (38,7)	402 (71,0)	1,0	67 (49,3)	272 (76,6)	1,0
Sim	269 (61,1)	164 (29,0)	3,85 (2,96-5,02)	69 (50,7)	83 (23,4)	3,37 (2,25-5,11)
Incapacidade para realizar pelo menos uma entre cinco Atividades da Vida Diária						
Não	385 (87,5)	543 (95,9)	1,0	124 (91,2)	344 (96,9)	1,0
Sim	55 (12,5)	23 (4,0)	3,37 (2,03-5,58)	12 (8,8)	11 (3,1)	3,02 (1,30-7,03)
Interrupção das atividades cotidianas por problemas de saúde nas 2 últimas semanas						
Não	319 (72,3)	499 (88,1)	1,0	114 (83,8)	322 (90,7)	1,0
Sim	122 (27,7)	67 (11,8)	2,84 (2,04-3,95)	22 (16,2)	33 (9,3)	1,88 (1,05-3,36)
Número de visitas ao médico nos últimos 12 meses						
0	50 (11,4)	148 (26,1)	1,0	20 (14,7)	77 (21,7)	1,0
1	75 (17,0)	135 (23,8)	1,64 (1,07-2,52)	14 (10,3)	81 (22,8)	0,66 (0,31-1,40)
2	59 (13,4)	72 (12,7)	2,42 (1,51-3,88)	26 (19,1)	65 (18,3)	1,54 (0,78-3,00)
3	76 (17,3)	60 (10,6)	3,74 (2,35-5,97)	22 (16,2)	40 (11,3)	2,11 (1,03-4,33)
4+	180 (40,9)	151 (26,7)	3,52 (2,39-5,19)	54 (39,7)	92 (25,9)	2,25 (1,24-4,09)
Número de hospitalizações nos últimos 12 meses						
0	296 (67,3)	476 (84,1)	1,0	100 (73,5)	304 (85,6)	1,0
1	87 (19,8)	69 (13,0)	2,02 (1,43-2,87)	27 (19,8)	41 (11,5)	2,00 (1,17-3,42)
2+	57 (12,9)	21 (3,7)	4,36 (2,59-7,34)	9 (6,6)	10 (2,8)	2,73 (1,08-6,92)

¹ GHQ: General Health Questionnaire.

² salário mínimo = US\$120,00 em 1997

³ OR (IC 95%): Odds ratios (intervalo de confiança, 95%).

Tabela 4 – Resultados finais da análise multivariada dos fatores associados à presença de sintomas depressivos nas últimas 2 semanas (escore GHQ \geq 12), estratificada pela renda domiciliar mensal.

Variáveis	Renda domiciliar mensal	
	< 2 salários mínimos OR (IC 95%)	\geq 2 salários mínimos OR (IC 95%)
Gênero		
Masculino	-	1,0
Feminino	NS	2,03 (1,27-3,24)
Faixa etária		
60-64	-	1,0
65-69	NS	1,56 (0,88-2,77)
70-74	NS	1,09 (0,55-2,14)
75+	NS	2,08 (1,17-3,72)
Satisfação com relacionamentos pessoais		
Muito satisfeito/ satisfeito	1,0	1,0
Indiferente	1,65 (0,88-3,08)	4,10 (1,72-9,74)
Insatisfeito/muito insatisfeito	2,31 (1,20-4,43)	1,35 (0,52-3,49)
Auto-avaliação da saúde		
Muito boa/boa	1,0	1,0
Razoável	2,19 (1,45-3,31)	2,00 (1,15-3,47)
Ruim / Muito Ruim	3,33 (2,10-5,27)	4,74 (2,41-9,30)
Número de doenças ou condições crônicas relatadas		
0	1,0	-
1	1,43 (0,96-2,12)	NS
2	1,68 (1,09-2,60)	NS
3+	1,83 (1,17-2,87)	NS
Insônia nos últimos 30 dias		
Não	1,0	1,0
Sim	2,97 (2,23-3,95)	2,46 (1,56-3,89)
Incapacidade para realizar pelo menos uma entre cinco Atividades da Vida Diária		
Não	1,0	-
Sim	2,37 (1,36-4,15)	NS
Número de hospitalizações nos últimos 12 meses		
0	1,0	NS
1	1,73 (1,17-2,55)	NS
2+	2,31 (1,30-4,13)	NS

OR (IC 95%): Odds ratio (intervalo de confiança em nível de 95%) ajustado pelo método de regressão logística para todas as variáveis listadas na tabela (1006 e 491 indivíduos nos estratos inferior e superior de renda domiciliar participaram da análise final, respectivamente). Os modelos logísticos iniciais incluíram, além das variáveis acima mencionadas, eventos de vida, frequência semanal à igreja, presença de pessoa em quem confia, interrupção das atividades por problemas de saúde e visitas médicas no estrato de menor renda; e número de gerações no domicílio, interrupção das atividades por problemas de saúde e número de visitas médico entre os idosos com maior renda.

NS: $p > 0.05$

ARTIGO 2

Projeto Bambuí: signos, significados e ações associados com os sintomas depressivos em idosos que vivem em comunidade.

The Bambui Study: signs, meanings and actions associated to depressive symptoms among community-dwelling older adults.

RESUMO

No presente estudo utilizou-se uma abordagem antropológica para investigar as maneiras de pensar e agir de mulheres idosas bambuienses frente aos sintomas depressivos. Participaram do trabalho, 10 mulheres com idade variando entre 68 e 82 anos, selecionadas aleatoriamente entre participantes do quarto seguimento (2001) da coorte do Projeto Bambui. A coleta e análise dos dados basearam-se no modelo de Signos, Significados e Ações (Corin et al, 1992). Todas as entrevistadas referiram-se a um profundo sentimento de tristeza, descrito em termos de sentimentos de contrariedade, estado de preocupação, nervosismo, sensações corporais, desânimo/ falta de entusiasmo, diminuição de prazer na própria vida e na relação com o outro, alterações do sono e idéias de morte. As entrevistadas não fazem qualquer distinção entre os sintomas físicos e mentais, descrevendo-os sem dissociá-los uns dos outros. Esse conjunto de signos modela a busca de sentido para o seu sofrimento bem como as estratégias desenvolvidas para lidar com as manifestações deste estado. Entretanto, ao expressar seu sofrimento, as entrevistadas sentiram-se incompreendidas pelas pessoas do entorno e consideraram as respostas dos médicos por elas consultados como sendo insatisfatórias. Essas respostas veiculam o modelo biomédico de intervenção que introduz uma distinção entre sintomas somáticos e psíquicos e negligencia a rede cultural de significações que interliga signos, significados e ações e configura maneiras típicas de pensar e agir frente à depressão. As dificuldades de comunicação e a insatisfação na interação médico-paciente podem contribuir para a manutenção de um quadro depressivo prolongado.

Palavras-chave: estudo antropológico; idosos; depressão; sintomas depressivos; sistema de signos, significados e ações.

ABSTRACT

The present study used an anthropological approach to investigate the ways of thinking and acting of older women, aged between 68 and 82 years, living in Bambui and randomly selected among participants of the fourth follow-up of the cohort of the Bambui Study. The collection and analysis of data were based on the model of Signs, Meanings and Actions (Corin et al, 1992). All the women interviewed referred to a deep feeling of sadness, described in terms of contrariness, worry, nervousness, body sensations, lack of enthusiasm, decrease of pleasure in relation to their own life and to others, sleeping disturbs and ideas of death. The interviewed did not make any distinction between physical and mental symptoms and described them in a block. This set of signs modeled their search for a meaning for their suffering as well as the strategies developed to deal with the manifestations of this state. Nevertheless, the women interviewed reported a feeling of being misunderstood by the people around them and expressed dissatisfaction towards the doctors' responses. These responses reflected the biomedical model of intervention which introduces a distinction between somatic and psychic symptoms and neglects the cultural network of meanings that links signs, meanings and actions and configures the typical ways of thinking and acting face the depression. The difficulties of communication and the dissatisfaction in the doctor-patient interaction may contribute to the maintaining of a chronic depressive state.

Key words: Anthropological study; older women; depression; depressive symptoms; system of signs, meanings and actions.

INTRODUÇÃO

A depressão é uma das condições psiquiátricas mais comuns entre idosos (Beekman et al, 1999; Blazer, 2003). Este quadro clínico tem conseqüências negativas sobre a qualidade de vida dos indivíduos acometidos (Gazalle, 2004), que apresentam maiores riscos de comprometimento funcional, aumento da mortalidade e aumento do uso de serviços de saúde (Gallo & Lebowitz, 1999; Beekman et al, 2002; Cole & Dendukuri, 2003). Deve-se ressaltar ainda que a depressão tem importantes repercussões sobre a vida familiar e social (Blazer, 2003).

Apesar da sua gravidade, diferentes estudos mostram que a depressão entre idosos é sub diagnosticada (Birrer & Vemuri, 2004; Snowdon, 2002). Isto se deve, sobretudo à sua apresentação clínica peculiar nesta faixa etária, caracterizando-se pela freqüente associação de sintomas depressivos e ansiosos (Flint, 2005; Gallo & Lebowitz, 1999) e queixas somáticas (Nelson, 2001; Blay, 2000). Esta sintomatologia leva os idosos a procurar preferencialmente serviços de atenção primária não especializados, dificultando ainda mais o diagnóstico (Gallo & Lebowitz, 1999) e diminuindo as chances de intervenção precoce sobre um dos mais importantes fatores potencialmente evitáveis do aumento do comprometimento da funcionalidade dos idosos (Beekman et al, 1995; Beekman et al, 1999).

Estudos epidemiológicos realizados em países desenvolvidos mostram que a prevalência da depressão aumenta com a idade (Gallo e Lebowitz, 1999; Blazer et al, 1987), apresentando taxas elevadas na população acima dos 60 anos. Sabe-se que o fenômeno demográfico do envelhecimento populacional provocou uma alteração da estrutura etária da população mundial no último século, com significativo aumento do número de idosos. Este processo, já estável nos países desenvolvidos, é um processo em evolução nos países em desenvolvimento, nos quais continua em crescimento o número de pessoas acima dos 60 anos (Carvalho e Garcia, 2003). Dessa forma, a depressão representa atualmente um importante desafio para a saúde pública tanto nesses quanto naqueles.

Um estudo epidemiológico realizado na cidade de Bambuí (Minas Gerais) em uma amostra representativa da população acima dos 18 anos (Vorcaro et al, 2001) mostrou que a prevalência da depressão tem associação positiva com o aumento da idade, e que as taxas de depressão nesta comunidade são maiores do que as encontradas em países desenvolvidos. Um estudo mais recente conduzido entre

idosos residentes nesta mesma cidade, encontrou uma prevalência de sintomas depressivos de 38,5% e mostrou que estes sintomas estão associados ao gênero (feminino), à faixa etária (acima de 75 anos), à insatisfação com os relacionamentos pessoais, à pior auto-avaliação da saúde, a queixas de insônia, à presença de doenças crônicas, à incapacidade para realizar pelo menos uma entre cinco atividades da vida diária, bem como ao número de hospitalizações nos últimos 12 meses (Carvalhais et al, em preparação).

De uma maneira geral, esses estudos descrevem a depressão em termos de sua prevalência entre as populações estudadas e os fatores associados com esta condição e demonstram a magnitude da depressão entre idosos, mas não nos permitem saber como sintomas depressivos são reconhecidos e vivenciados pelos idosos e seus familiares, e quais ações estes realizam para lidar com os sintomas.

Estudos antropológicos demonstram que a percepção da doença mental está relacionada com a cultura que influencia a patogênese, o curso, a apresentação clínica e o desfecho dos transtornos psiquiátricos (Furnham & Malik, 1994). Por esse motivo, devem ser compreendidos no “mundo de significados locais” (Kirmayer et al, 1994). Neste contexto, um estudo sobre as percepções e comportamentos dos idosos relacionados com sintomas depressivos é de fundamental importância.

Não temos conhecimento de estudos brasileiros que tenham investigado as percepções e os comportamentos da população idosa em relação à depressão. No presente trabalho, utilizaremos a abordagem antropológica para explorar as percepções e os significados que as idosas bambuienses atribuem aos sintomas depressivos, o impacto desses sintomas sobre as suas vidas e as estratégias desenvolvidas por elas para lidar com estes sintomas.

QUADRO TEÓRICO

Podem-se identificar dois momentos na evolução dos referenciais teóricos que marcaram os estudos antropológicos sobre o fenômeno saúde-doença. Inicialmente identifica-se uma abordagem biocultural da saúde e doença, caracterizada por uma visão estática dos fenômenos sócio-culturais em que as dimensões sociais e culturais são consideradas como epifenômenos de uma dimensão biológica determinante. Essa abordagem não traz uma contribuição que amplie verdadeiramente o modelo biomédico. O desenvolvimento da corrente

interpretativa e sua integração na antropologia médica proporcionam uma mudança radical na abordagem da saúde e de doença (Uchoa, 2000).

A perspectiva interpretativa foi desenvolvida por Geertz (1973), para quem a cultura é um universo de símbolos e significados que guiam e refletem as relações sociais, a experiência e as ações individuais. Essa é uma concepção inovadora no estudo da relação entre indivíduo e cultura, que permite apreender e analisar a participação fundamental dos processos sociais e culturais na construção, expressão, interpretação e avaliação da experiência (Uchoa & Vidal, 1994; Uchoa, 2000). Dentro desta perspectiva, Eisenberg (1977) estabeleceu a distinção entre “doença processo” (disease) e “doença experiência” (illness). Este autor considera que “doença processo” (disease), no paradigma científico da medicina moderna, se refere a anormalidades na função e / ou estrutura dos órgãos ou sistemas do corpo, enquanto “doença experiência” (illnesses) são experiências de descontinuidades nos estados do ser e dos papéis percebidos. Kleinman et al (1978) redefinem estes conceitos, dentro da mesma perspectiva: “doença processo” (disease) como mau funcionamento dos processos biológicos e psicofisiológicos, ao passo que “doença experiência” (illness) representa as reações pessoais, interpessoais e culturais frente à doença ou desconforto. Nesta perspectiva, o significado atribuído a um determinado fenômeno relacionado com a saúde influencia o curso da doença, modelando a experiência subjetiva assim como o comportamento individual e social na resposta à doença (Kleinman et al, 1978). Assim, a experiência da doença não é vista como simples reflexo do processo patológico no sentido biomédico do termo (Uchoa & Vidal, 1994).

No campo da saúde mental, esta nova abordagem, desloca o foco de uma postura universalista da psiquiatria transcultural para uma perspectiva crítica (Uchoa, 2000). Segundo a mesma autora, a abordagem universalista da psiquiatria se enraíza por um lado num modelo biomédico e por outro, no conceito de cultura tal como ele é definido e operacionalizado nos estudos transculturais. Com a emergência de uma perspectiva crítica, as premissas psiquiátricas básicas são re-situadas no horizonte epistemológico ocidental, permitindo questionar o naturalismo das categorias e classificações psiquiátricas e propondo um novo paradigma para o estudo dos problemas psiquiátricos em diferentes culturas (Uchoa, 2000). Byron Good e Arthur Kleinman (1985) afirmam que a depressão só pode ser estudada à luz das teorias interpretativas, que a concebem como algo socialmente produzido e

culturalmente construído através da interpretação do sofrimento pessoal e das realidades sociais no contexto do conhecimento local e nos sistemas de poder local.

A adoção do paradigma interpretativo permitiu a construção de quadros teóricos e metodológicos, conforme descrevem Uchoa e Vidal (1994): Kleinman (1980) elaborou o conceito de “modelo explicativo” (explanatory models) para estudar os traços cognitivos e os problemas de comunicação associados às atividades de saúde; Good (1977) e Good & DelVecchio (1980, 1982) desenvolveram o modelo de análise de redes semânticas (semantic network analysis). Esses autores consideram que a significação dos episódios patológicos seria constituída em redes de significações (semantic network illness), por meio das quais os elementos cognitivos, afetivos e experienciais se articulam sobre o universo das relações sociais e das configurações culturais. Essas redes seriam utilizadas pelos indivíduos para interpretar o vivido, articularem a experiência e expressá-la de forma socialmente aceita. Corin e colaboradores (1992) desenvolveram o modelo de Signos, Significados e Ações que se tornou uma referência metodológica para o estudo intercultural do campo da saúde mental. Esse modelo valoriza os aspectos relativos às práticas dos atores envolvidos, que já é um objeto de estudos “per se”, e representa uma via de acesso privilegiada aos sistemas culturais de signos, significados e ações. Ademais, esta abordagem pragmática pode fornecer um princípio de inteligência do funcionamento particular das interpretações e das reações em casos concretos (Corin et al, 1992; Uchoa et al 1993). Segundo Uchoa e Vidal (1994), este modelo permite maior sistematização dos diferentes elementos do contexto (dinâmica cultural, códigos culturais centrais, conceito de pessoa, etc.) que intervêm efetivamente na identificação do que é problemático, na decisão de se tratar ou não um problema e na escolha do terapeuta apropriado.

METODOLOGIA

ÁREA ESTUDADA

Este trabalho foi desenvolvido na cidade de Bambuí, de 15000 habitantes aproximadamente, situada a oeste do Estado de Minas Gerais. As principais atividades econômicas desta cidade são a agricultura, pecuária leiteira e comércio. Entre 1990 e 1991, o índice de desenvolvimento humano era igual a 0.70, e a esperança de vida ao nascer era igual a 70,2. Na cidade havia um hospital geral

com 62 leitos, um médico para 1000 habitantes, e nenhum psiquiatra. O fenômeno de urbanização ocorrido no Brasil após 1950 pode ser verificado neste município: a população rural que representava 84% em 1950 passou para 27% em 1991. A composição etária da população também se alterou, observando-se o seu envelhecimento progressivo: em 1960, 3,8% dos habitantes apresentavam 60 ou mais anos de idade; em 1970 esta proporção passou para 5,1%, em 1980 para 7,3% e em 1991, para 9,3%. O crescimento da população idosa neste município foi maior do que no país em geral (7,3%) no mesmo período. Maiores detalhes podem ser vistos em outras publicações (Lima-Costa et al, 2000; Lima-Costa et al, 2001; Vorcaro et al, 2001).

POPULAÇÃO ESTUDADA

Este trabalho integra o Projeto Bambuí que desenvolve um estudo epidemiológico de base populacional, tendo dois componentes: o primeiro refere-se ao diagnóstico de saúde da população da cidade de Bambuí, e o segundo, ao estudo de coorte da população idosa. Entre os anos de 1996 e 1997 foi feita a coleta de dados para a realização do diagnóstico de saúde, e foi constituída a linha de base do estudo de coorte, e, desde então, seguimentos anuais são realizados nesta população.

No presente trabalho, optou-se por entrevistar apenas mulheres porque, de uma maneira geral, a depressão entre idosos é mais freqüente nas mulheres (Cole & Dendukuri, 2003; Gallo & Lebowitz, 1999; Good & Kleinman, 1985). Além do mais, um estudo seccional conduzido na mesma população deste estudo mostrou uma alta prevalência da depressão entre mulheres com 60 ou mais anos de idade. Entre estas, as prevalências de depressão no último mês e no último ano, determinadas por meio do "Composite International Diagnostic Interview" (CIDI), eram iguais a 26 e 34%, respectivamente. Entre os homens, as prevalências correspondentes foram mais baixas (5 e 10%, respectivamente) (Vorcaro et al, 2001).

Na linha de base do projeto Bambuí, 1510 idosos responderam ao General Health Questionnaire na sua versão de 12 itens (GHQ-12), escala que permite investigar a presença de sintomas depressivos nas 2 últimas semanas (Goldberg, 1970). Entre setembro e outubro de 2004, foram entrevistadas dez mulheres, sorteadas entre aquelas que apresentaram sintomas depressivos no quarto seguimento da coorte (2001). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro

de Pesquisas René Rachou (CPQRR) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Neste estudo, foi empregado o modelo de análise dos sistemas de Signos, Significados e Ações, desenvolvido por Corin e colaboradores (1992) com o objetivo de conhecer de forma sistemática como agem e pensam os idosos de Bambuí em relação aos sintomas depressivos. Este modelo permite o conhecimento das lógicas conceituais que organizam o campo das representações culturais associadas por populações específicas a um determinado problema – maneiras de pensar – e de elementos do contexto que podem influenciar a tradução dessas representações em comportamentos concretos – maneiras de agir (Uchoa, 1997; Uchoa e Vidal, 1994).

Assim, para reconstruir o universo de representações - maneiras de pensar - e o comportamento - maneiras de agir - associado aos sintomas depressivos em idosos residentes em Bambuí, foram entrevistadas, seguindo um roteiro de perguntas, as dez mulheres selecionadas. As entrevistas foram realizadas no Posto de Saúde Emmanuel Dias (CPQRR-FIOCRUZ), com duração de 40 a 50 minutos e todas se iniciaram com a uma pergunta: “Ultimamente a sra sentiu-se tensa e/ou agoniada e/ou triste? Se as entrevistadas respondessem de forma negativa, seria questionado se “já se sentiu assim em alguma época da vida?”. Ou, em caso de resposta negativa: “Conhece alguém que se sentiu assim?” A partir daí foram investigadas as percepções e as interpretações das entrevistadas sobre o problema. Procurou-se também investigar quais as reações e as ações realizadas pelas entrevistadas e pessoas da sua convivência para lidar com o problema. Explorou-se ainda o que motivou a busca de tratamento para os sintomas depressivos, a comunicação estabelecida entre médicos e entrevistadas e a percepção que estas tinham desta relação e do tratamento instituído.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Após leituras atentas das mesmas, identificaram-se unidades significativas. Em seguida foram criadas categorias analíticas que permitissem agrupar com um mínimo de ambigüidade as unidades significativas em sua totalidade. Foram identificadas as ocorrências de cada categoria e então, realizada a análise de conteúdo. A partir daí, buscou-se a interação entre as distintas categorias.

RESULTADOS

As mulheres entrevistadas apresentam idade variando entre 68 e 82 anos; quatro delas são casadas, quatro viúvas, uma é solteira e uma separada. E1, 70 anos, casada, mora com o marido. E2, 78 anos, viúva, mora com um neto, uma filha e o companheiro desta. E3, 82 anos, viúva, apresenta incapacidade física (não anda, depende de uma cadeira de rodas), mora com a filha e o marido desta. E4, 70 anos, casada, mora com o marido “doente”. E5, 68 anos, casada, mora com o marido, a filha e um neto. E6, 76 anos, viúva, mora sozinha. E7, 79 anos, casada, mora com o marido e dois filhos solteiros. E8, 76 anos, viúva, mora sozinha. E9, 72 anos, separada, mora sozinha. E10, 68 anos, solteira, mora com duas irmãs solteiras (uma “tem problemas”, a outra “está doente”).

Todas as idosas entrevistadas (10) responderam afirmativamente à pergunta: “ultimamente a sra se sentiu tensa ou agoniada ou triste?” e evocaram diversos outros signos na descrição do estado que experimentavam naquele momento.

SIGNOS

Todas as entrevistadas descrevem esse momento/experiência, evocando um profundo sentimento de tristeza. Essa tristeza é descrita como um estado caracterizado pela total ausência de alegria. E9 relata “você não me vê alegre. Eu não tenho alegria. Vivo só triste. (...) A pessoa não tem alegria, não tem um sorriso”. E1 explica que esse estado distorce a percepção das coisas: “a gente mesmo é que está doente e fica achando o tempo esquisito”. Nesse mesmo sentido, E2 refere-se a momentos em que imagina “tudo custoso”. Várias delas (6) expressam esse sentimento de tristeza através do choro, como ilustra o relato de E5: “O dia que eu tiro para chorar, eu choro. Outro dia chorei de noite, falei assim ô meu Deus, será que não vou ter alegria na minha vida nem pra mim morrer? Nunca vou ter na minha vida?”

Em vários relatos, esse momento/experiência também é associado a sentimentos de contrariedade e aborrecimento. E7 explica o que é essa contrariedade: “eu fiquei aborrecida, contrariada, eu estava sem equilíbrio (...) sem vontade de alimentar, triste. A gente fica contrariada é assim, eu ficava pensando nela, nem acreditava que ela tinha morrido”. E8 não consegue entender e expressa perplexidade quanto a esse sentimento que transformou toda sua vida: “De um ano

pra cá, parece que tudo pra mim tá ruim. Choro sozinha, fico agoniada, com vontade de chorar alto. Contrariada assim, sem ninguém me contrariar. Às vezes não tem nada me contrariando e eu fico contrariada”.

Cinco entrevistadas evocam também um estado de preocupação excessiva, que descrevem como um afluxo de idéias ruins e incapacidade de tirá-las da cabeça, como informa E5 ao dizer que “toda a vida eu tenho a cabeça preocupada, qualquer coisinha pra mim, aquilo me tira fora do sentido. É difícil, boba. “Tem uns 10 anos, desde que sofri a depressão (...) você já levanta com a cabeça já pensando em coisa ruim e desiludida das coisas”.

Associados a este sentimento de tristeza, as entrevistadas referem-se a uma sensação de nervosismo e a um conjunto de sensações corporais (coração/peito, cabeça e estômago). O nervosismo é relatado (4 entrevistadas) como uma forma de inquietação e incapacidade de concentrar-se nas atividades, o que E2 exemplifica desse modo: “Nervosia. Qualquer coisa que você vê, errado. Uma cozinha que você arruma está estrangulado. Um trem parece que está te incomodando. Um serviço que você quer fazer e não dá conta”. E4 não fala explicitamente de nervosismo, mas diz que está mais calma e descreve o seu estado anterior: “parece que agora estou mais calma. Eu começava uma coisa, passava pra outra”.

Sensações de abafamento, aperto, aflição ou angústia/agonia na região do coração/peito foram relatadas por 9 entrevistadas. Durante seus relatos, as entrevistadas freqüentemente apontam distintas regiões do corpo para descrever essas sensações. E1 explica: “até hoje eu fico assim abafada, sabe? Eu sinto uma dor assim (...), fica, queima e sobe, sabe? (passa a mão no peito). (...) Vem aquele abafamento, a gente fica pensando demais, aquilo vai piorando. (...) O coração fica esquisito. A gente tem vontade de chorar, mas não chora. Parece que fica abafado. Vai apertando tudo. Pra alegrar não tem jeito”. E3 refere-se à agonia/angústia que sente diante da sua limitação física: “Misericórdia. Aí me dá agonia. Eu fico agoniada”. E7 resume sentimentos e sensações numa só frase: “É uma tristeza, uma angústia, é o coração abafado”.

Cabeça ruim/trem na cabeça/ficar fora do sentido/tonteira foram sensações freqüentemente associadas com este momento/experiência por 7 entrevistadas. E9 relata: “entra na cabeça, minha cabeça fica ruim, fica tonta, fico com tonteira. Tem horas que me dá umas tonteiras esquisitas (...) Parece doendo, fora de sentido”. E4 diz: “fica esse trem na cabeça”. E3 afirma que “eu tive com a cabeça

meio ruim depois desse negócio”. As entrevistadas que relatam tonteira (3) geralmente a associam a um sinal de gravidade, como descreve E7, justificando sua busca de atendimento em outra cidade: “(...) eu fui mais porque eu fiquei com medo, cismada, porque sempre estava dando as tonteiras, porque a tonteira é muito triste. Ela vem de repente e a gente pensa que vai até morrer na hora. Fiz exame das veias carótidas, pedi pra fazer o exame de mapeamento. Sempre que eu vou ao médico lá, ele faz eletro”.

As sensações relacionadas com a área do estômago são relatadas como diminuição de apetite, estômago embrulhado e vômitos. E5 diz: “Eu fui emagrecendo, eu fui acabando a fome, eu não comia, eu não dormia, eu fui ficando magrinha, mas fiquei magrinha mesmo”. E2 afirma: “Desde de dezembro que apanhei isso, eu não alimentei mais. (...) O estômago não aceitava comida de jeito nenhum. E quando aceitava eu tinha que sair pra fora, pra jogar fora. O estômago fica embrulhando e solta tudo que tem dentro”.

Três entrevistadas relatam que sentem dores, descritas em distintas partes do corpo, que agravam o desânimo e interferem com o sono. E1 descreve: “Tem dia que eu não tenho vontade de fazer as coisas, desanimada, o corpo doendo muito. E minhas pernas também doem demais (...) Dói mesmo o osso”. E5 diz: “Não tem animação para fazer nada, o corpo dói muito, essas dores nas pernas e esse abafamento”. E6 informa que “toma calmante diário, tem muitos anos. (...) É por causa destes problemas que a gente sente, é dor, muita dor, muita tonteira. (...) sono ruim”.

Além dos sentimentos e sensações, as entrevistadas relatam uma transformação nas relações com o mundo e também uma modificação na forma como se percebiam antes. Essa transformação é descrita como desânimo e falta de entusiasmo/ falta de iniciativa/abatimento/diminuição de prazer e interesse na própria vida e no contato com o outro. E5 relata que agora não tem mais o entusiasmo de antes: “Eu não tenho mais aquele entusiasmo que tinha antes. A gente trabalhava, trabalhava, mas tinha ânimo, hoje não”. E4 descreve como os sintomas interferem com a sua capacidade de iniciativa e a deixam abatida: “Sinto essa falta de iniciativa. (...) Uma moleza assim (passa a mão no peito) (...) Eu estatalo e pronto. Estatala é você não deixar a idéia rodar, ficar parado numa coisa qualquer, não deixa rodar (...) a gente fica abatida...”. Algumas entrevistadas falam do seu desinteresse pelo que as rodeia e pelo contato com o outro. E9 relata: “Sair, eu não saio. (...) Nem casa eu

não limpo. Do jeito que eu estou andando eu não estou somando com nada dessa vida”. E2 diz: “Eu passei a não ligar pras minhas companheiras. Elas conversavam comigo e eu chorava”. Algumas (4) entrevistadas descrevem esta dificuldade de fazer as coisas, de tomar iniciativas como “falta de expediente”, como resume E8: “Parece que perco o jeito de sair de casa. Parece que um trem fica me prendendo.(...) Eu não sei o que é este trem não. Eu não tenho expediente de sair”. E6 diz que não consegue fazer coisas simples: “A gente tem que esperar os filhos, não tem expediente. Acho difícil até comprar um pão no armazém. É difícil a vida, não é brinquedo não. Se eles (filhos) não me derem as coisas na mão, não tenho expediente nem de ir num armazém, expediente para as obrigações”.

A maioria das entrevistadas (6) relata a influência dos sentimentos e sensações anteriormente descritos a respeito do sono sob a forma de dificuldades para adormecer ou manter o sono. E6 relata que toma “calmante” porque não dorme bem: “A gente dorme, mas assim variando, sono ruim”. E7 diz: “O sono também (...) A gente deitando, estando despreocupada, dorme melhor”. E8 relaciona a dificuldade para dormir com a preocupação excessiva: “Essa noite eu não dormi, qualquer coisinha assim que eu preocupo eu não tenho sono”. E9 relaciona a insônia com a angústia: “E eu de noite quase não durmo. Eu tranço demais mesmo. Levanto diariamente, ando a noite inteira. A gente fica sentindo aquela agonia”.

Idéias de morte aparecem no relato de três entrevistadas, com conotações diferentes. E1 relata desejo de morrer: “sabe que tenho vontade até de morrer?” . E2 informa que chegou a pensar em suicídio: “Pensava: bobagem viver. Eu não estou lucrando de nada mais (...) pensava em por fogo na cama comigo. Pensava de fazer uma arte boba (...) Uma arte. Assim, suicidar”. E5 relata que teve uma sensação de aproximação da morte e que em algum momento chegou a ter idéias de suicídio: “Não tinha medo. Eu só esperava a morte mesmo, não é que eu tinha medo, é que do jeito que eu tava eu achava que não tinha mais recurso. (...) Teve um dia (...) eu falei: eu vou cair dentro dessa lagoa, fazer de propósito que eu vou cair e vou ficar aqui. Eu dei vontade de pular mesmo”.

SIGNIFICADOS

Para explicar esses sentimentos de tristeza/depressão/pesar, todas as entrevistadas evocam contrariedades, amolações, amarguras ou preocupações ligadas à família e, em particular, aos conflitos e dificuldades familiares e a perdas.

As contrariedades são descritas como um sofrimento causado pelo outro, intencionalmente ou não. E1 explica: “É só ficar contrariada, não posso sofrer contrariação (...) Eu tenho uma nora que eu vou te contar. Parece que não é gente não. Ela me contraria demais. Muito bruta. (...) Vem o abafamento. É diário”. Para E7, a contrariedade se deve à preocupação com doenças na família: “Tenho um irmão que inclusive é até esse que é quem ficou viúvo, deu derrame. As coisas que contrariam a gente é a doença, porque a gente preocupa”. Para E5 é o peso de todos os problemas familiares e o descaso do marido com essas questões que lhe causam contrariedade: “Tudo carrega ni mim (...) Tem vez que passa, eu fico boa. Depois parece que começa outra vez, eu tenho uma contrariedade, uma coisa assim, começa. (...). Meu marido (...) também não fala, que ele na preocupa com isso, não. Então, tudo cai ni mim. Se a X tiver nervosa, xinga, se tô dentro de casa, eu é que tô ouvindo, se tem que falar alguma coisa com filho, eu que tenho que falar”.

Amolações também são descritas como sendo o resultado de aborrecimentos no âmbito familiar. E8 explica que ao vê-la triste, sua nora não tem dificuldades para perceber a razão: “Quando ela sabe de algum problema de família, que tem muito problema, ela já fala assim, ‘ah eu sei do que é que a senhora está amolada”.

Para E2 somente a amargura causada pelo casamento do filho, que ainda morava com ela, pode explicar a tristeza que tomou conta de sua vida: “Não sei se pode ser uma congestão ou se pode ser uma amargura que a gente teve, uma paixão. No outro dia já não fui gente mais. Já não alimentei, só foi chorar, chorar. Paixão dele sair”.

Preocupações são descritas como a persistência de idéias que geram muita apreensão, interferindo nas atividades e transformando a vida das entrevistadas. Essas idéias podem referir-se a um acontecimento específico ou evocar um sentimento difuso de apreensão e ameaça. E5 explica que, quando seu ex-genro ameaça sua filha, ela fica completamente desnorreada: “Ah, as coisas da família, né menina? Qual é a mãe que não fica deprimida? Eu já sou muito preocupada, qualquer uma coisinha, eu já me desnorreio minha cabeça, já não dou conta nem de fazer nada. Se eu tiver fazendo um serviço, tenho que largar dele”. E7 associa suas preocupações a sensações corporais e ao medo de morrer: “Eu acho que foi porque dava as tonteiras e eu ficava cismada, achando que às vezes uma hora que a gente sentisse, até morria”. No caso de E10, a preocupação e a apreensão são associadas

à expectativa de um futuro incerto e desconhecido: “A gente é muito preocupada com as coisas.(...) Eu fico apavorada, eu choro demais (...) A gente preocupa com a doença dela, fica com medo de acontecer uma coisa pior e nós somos as três sozinhas. (...) Deus chamar, a gente separar uma da outra...”.

Cinco entrevistadas identificaram distintos tipos de perdas (morte de pessoas próximas, separação e problemas financeiros) como desencadeadores de seus sentimentos de tristeza. Em muitos casos, essas perdas são também responsabilizadas pela persistência do sentimento de tristeza, mesmo que tenha ocorrido há muito tempo. E9 identifica a separação como sendo o motivo de sua angústia: “Essa agonia é porque eu moro sozinha e Deus. Meu marido largou de mim. Ele falava na minha frente que não gostava de mim, que tinha antipatia de mim. Mas eu não tinha essa agonia”. Duas entrevistadas associaram a morte do marido com as dificuldades que estão vivendo. E6 explica: “Infelizmente, já com 6 anos que eu estou sem o esposo, eu vou levando e então a gente, parece que não conforma, né? (...) Ah! A sra vê, a gente fica muito só, sem expediente, não é fácil, né?” E3 também identifica a falta que sente do marido, morto há 2 anos, como o motivo de sua tristeza: “(...) A falta dele. (...) Tudo que eu precisava ele me ajudava. Fez falta. Eu não precisava preocupar com nada. Era ele que preocupava com tudo”. Duas outras entrevistadas também viúvas, apenas mencionam o fato durante a entrevista. A morte de outras pessoas próximas também foi apontada como causa do sofrimento. E8 descreve o impacto da morte de seu filho sobre sua maneira de ser: “Não é nada que contraria, vem aquela ruindade assim. Fico pensando nas coisas e fico contrariada, é uma agonia (...) Igual a morte do meu filho, eu não esqueço (...) Depois que ele morreu que eu fiquei desse jeito. Não era não, eu era animada, saía, passeava, ia pra casa dos meus filhos. Agora nem to saindo mais”.

Os problemas financeiros foram mencionados por quatro entrevistadas. E3 descreve suas dificuldades para manter a casa, comprar os remédios e pagar alguém para ajudar nos serviços domésticos: “Tristeza, tem hora que eu fico triste, pensando na vida. (...) Uma carestia medonha, tudo que vai comprar, o dinheiro acaba, num dá. A gente não tem favorecimento de nada. (...) Foi preciso largar a empregada. Ontem eu recebi, que eu tenho um fundo de pensão, quase que foi a conta. Deu pra eu comprar umas... E os remédios”. As mesmas dificuldades são relatadas por E9: “Sou eu sozinha e Deus pra fazer tudo, até a despesa, e eu não dou conta. O que é um salário pra gente para gente pagar luz, água, pagar o

remédio e comprar esse gás caro e fazer despesa com muito pouco. Eu não tenho ajuda de nada”. Para E4, as dificuldades financeiras levaram à perda da roça, lugar onde morou durante muitos anos e que representa o seu lazer no momento atual: “Eu gosto demais de roça e agora eu estou vendendo ela por causa de dívida. E isso é muito ruim, porque aos domingos eu ia pra lá. Agora vai acabar. (...) A gente sente falta. (...). É ruim demais. Põe a gente numa situação muito difícil. Não é isso que você quer, né?”

As doenças, dores, a limitação física e/ou a idade avançada são também apontadas pela maioria das entrevistadas como desencadeadores deste momento/experiência. E6 associa sua tristeza explicitamente com seus problemas de saúde: “É falta de saúde, tomando remédio já faz tempo (...)”. E1 considera que só se sente contrariada “se estiver doente” e relaciona a sensação de abafamento com as dores constantes: “Uai, aí eu sinto é muita dor nas costas e desta dor assim, ela vai assim (mostrando) e dói muito sabe?” Com este mesmo argumento E10 justifica a sua tristeza: “Tem os problemas que a gente tá sentindo, as dores que a gente sente”. E3, a única entrevistada que apresenta limitação física, descreve o quanto isto a incomoda: “Eu não ando não. Até água tem que dar na mão, senão a água fica ali e eu não tomo. Aí me dá agonia”. A idade foi considerada por algumas entrevistadas como um fator naturalmente associado com a tristeza e o desânimo que as incomoda atualmente. E6 explica: “Ah! é a idade, fica assim mesmo. (...) Toda vida, desde criança eu fui fraca. A gente vai ficando mais velha, tudo hoje em dia vai complicando, né? Outras entrevistadas consideram que a idade é um fator que diminui a resistência frente aos problemas. Ao falar sobre as idéias de morte que apresentou, E5 diz: “(...) eu acho que vivo assim porque tudo descarrega em mim. Tudo carrega ni mim. Então qual é a pessoa que, igual eu que já tô velha igual eu tô, não resiste, uai. Não resiste não, uai”.

AÇÕES

REAÇÕES

O relato das entrevistadas revela que esse estado de tristeza/depressão em que se encontram desencadeia distintos tipos de reações por parte dos filhos, maridos, noras, outros familiares, vizinhos, amigos e pessoas ligadas a grupos religiosos.

Os filhos são identificados como a principal fonte de suporte para quaisquer

dificuldades que as entrevistadas possam vivenciar. De modo geral, eles expressam empatia e agem de forma concreta buscando diminuir o sofrimento das mães. E4 ilustra essa situação ao relatar que quando os filhos percebem que ela está triste, se entristecem e procuram orientá-la: “os meninos também ficam tristes, amargurados. (...) falam pra gente procurar o médico”. E2 narra a preocupação dos filhos que, mesmo sem entender seu estado, dão conselhos e se organizam para não deixá-la sozinha: “Quer ver que às vezes eles não compreendem. Eles mandam eu consultar Eles falam: ‘Mãe, procura um médico (...) Procura um médico pra ele te dar um trem pra sra alimentar. Um remédio que faz abrir o apetite’ Eles falam assim. Ele (filho mais velho) até chamou minha filha lá pra casa, porque elas ficaram muito preocupadas comigo”. E1 conta como seus filhos a apóiam e tentam evitar que ela seja contrariada: “Eles falam que é contrariação mesmo. (...) Aí ele chega ela (a nora) pra frente, ele fala com ela que não posso sofrer raiva, que eu adoeço e manda ela parar. (...) O outro fala pra eu não ficar contrariando não, porque depois, se acontecer alguma coisa ele vai entrar também. Já explicou ela”. E6 relata que encontra nos filhos um apoio incondicional para todas as suas necessidades “Levam (ao médico), diário. Eles é que arrumam tudo na minha mão. (...) Eles não deixa falhar, é assim uns tempo, o médico, vê os remédio”. E5 relata que o filho costuma levá-la para a casa dele, que fica em outra cidade, “pra distrair, pra eu esquecer dessas coisa de cá”, e E7 relata a ajuda da filha nas tarefas domésticas: “Ela (a filha) fica muito lá em casa durante o dia, nas horas que ela não está trabalhando. Ela me ajuda muito quando vai lá pra casa”.

Quatro entrevistadas relatam também reações negativas por parte dos filhos em um momento da entrevista, mesmo reconhecendo em outro momento que recebem deles algum tipo de suporte Inicialmente E9 diz que não recebe qualquer apoio, afirmando que “ninguém me ajuda não, só Deus. Eles (filhos) não me ajudam com nada dessa vida!”, mas depois relata que a filha leva-lhe o almoço todos os dias. E8 também nega receber ajuda dos filhos: Meus “filhos são todos homens. Parece que filho homem é mais desligado. Falam que é bobagem, que não é assim, que fico pensando só no pior.” Depois afirma que está sobrecarregando seus filhos, pois “tudo quanto há é com eles”. Duas entrevistadas dizem que os filhos minimizam a situação. Uma delas, E4, explica: “(eles) falam que é bobagem, que eu preciso conversar com os outros de fora pra poder alegrar, sair de carro (...)”, mas conta também o esforço que fazem para se organizar e cuidar dela.

As quatro mulheres que são casadas descrevem reações explicitamente negativas por parte de seus maridos. E1 relata que o marido negligencia seus pedidos de ajuda: “Me deixa sozinha, ele não preocupa muito não. Quando eu estou passando mal e chamo ele, quando estou cismada, ele cobre a cabeça e dorme. Não preocupa não. É a mesma coisa de estar sozinha. (...) Só fala pra eu consultar e se eu quiser ir ao médico tenho que ir sozinha”. E5 também relata que o marido ignora, ou mesmo menospreza o seu sofrimento: “É, todo mundo (preocupa). Mas meu marido não preocupa, não. (...) Não fala não, mas a gente nota. Porque tanto faz a água correr pra cá como pra lá. (...) Então, com isto a gente vive contrariada, vive ou não vive? Eu fico chateada (...) Para ele eu faço de mamparra, de vítima, como se diz, as pessoas falam, entendeu?” E4 relata reação muito semelhante por parte de seu marido: “Não procurei (médico) porque meu marido fala que eu fico procurando doenças. (...) Ele acha que o médico fica mandando a gente fazer tanto exame, tanta coisa, até achar doença. É lógico, se achar, cura. Ele é um pouco ignorante (...) não deixa a gente ir ao médico fácil não”.

Quase todas as entrevistadas mencionam a presença de genros e noras em seu cotidiano, mas apenas duas relatam algum tipo de reação por parte das noras. E8, que só tem filhos homens, relata que recebe apoio e ajuda das noras, inclusive da ex-nora: “As minhas noras são tão boas, elas todas. Esta que é separada, ela que me acompanha nos médicos todos, ela é boa demais. Remédio, ela que dá tudo”. E1, ao contrário, descreve uma situação de conflito explícito com a nora, que ela considera a principal fonte de seu sofrimento: “Eu tenho uma nora (...) Ela é casada com meu filho. Eles ficam brigando e ela fica falando muita coisa que nem pode falar. (...) parece que ela acha até bom eu ficar doente”.

Apenas duas entrevistadas relatam que recebem ajuda de outros familiares que, em ambos os casos, são sobrinhos. E10 não tem filhos e relata que a ajuda vem por parte de um sobrinho que atende ao seu chamado, mesmo morando em outra cidade: “É um sobrinho que mora lá em X que vem e socorre (...) Eles falam: ‘se precisar...’, mas é difícil, a mulher dele não é sadia nada. (...) Eu telefono pra ele e ele me ajuda”. Para E5, a ajuda veio sob a forma de um convite para ir procurar recursos médicos em uma cidade maior: “Até que o J. falou: ‘vem pra cá tia L., pra Z., nós vamos andar aqui, nós vamos nos médicos’. Fiz todo exame. Não achava nada em mim, nada. Era mesmo a depressão. Eu não tinha nada de coração. Não tinha nada, nada”.

Diversas reações de vizinhos e amigos são citadas pela maioria das entrevistadas. Algumas delas são positivas, como empatia, sugestões e até ações visando ajudar. Outras são negativas. E1 relata que as amigas percebem seu estado, mas que não podem ajudar: “Elas percebem (...) Elas falam: ‘você tá esquisita, eu to conhecendo que você não ta bem de saúde’. Aí só que também já dô o jeito de ir embora. Com pena elas ficam, mas não dá pra dá jeito de nada, né? Tem que ser eu mesma”. E9 diz que os amigos lhe aconselham distrair-se: “falam que eu tenho que sair, ‘você não vai à casa de ninguém. Vai dar uma voltinha, vai num pedaço de rua que você vai alegrando”. E1 refere-se também à desconfiança sentida com relação a algumas vizinhas, explicando que: “tem gente que não acredita”. E2 relata como seu sofrimento é incompreendido por suas vizinhas: “Elas falam que é bobagem. (...) Elas falam: ‘toma remédio, toma fortificante. (...) Elas falam pra eu consultar”. Uma entrevistada, E4, que se declara evangélica, enfatiza o apoio recebido de seu grupo religioso: “Inclusive nós somos evangélicos e eles vêm aqui sempre. Uma hora é dois, outra hora três, numa hora fazem o culto. Eles vêm muito aqui. Ontem o Pastor esteve aqui com a mulher”.

REPERCUSSÕES

Repercussões deste momento/experiência sobre a vida cotidiana são descritas pela maioria das entrevistadas (7), sobretudo em relação às suas atividades domésticas. Algumas relatam igualmente interferências nas atividades de lazer e no relacionamento com familiares, enquanto apenas uma entrevistada relata a repercussão sobre a saúde física (aumento da pressão).

Os relatos revelam que as atividades domésticas sofrem influência direta do estado das entrevistadas, que não conseguem mais desempenhá-las como habitualmente. E2 notou uma grande mudança no seu comportamento: “Esse ano estou á toa de tudo. (...) Eu não era assim. Eu era uma mulher que tomava conta da obrigação toda que era do meu marido. Nos negócios dele ele pedia para eu ajudar e eu fazia”. Algumas entrevistadas relatam que o seu estado leva a uma incapacidade para atividades costumeiras, como diz E8: “Ah não! tem muita coisa que eu fazia, não faço mais não. Até quitanda que eu fazia umas quitandas boas, agora não tô dando conta de fazer. (...) Fica ruim. Se eu vou fazer um pão de queijo (...) um bolo, fica ruim. (...) Eu acho ruim e as nora falam: o que a sra arrumou que destreinou de fazer essas coisas?” E9 também expressa esta sensação de

incapacidade, que é percebida pela filha: “Ela fala: ‘parece que você entregou a sua vida, fica só deitada, não mexe com nada’. Eu falo que é porque eu não dou conta mesmo de fazer as coisas. (...) Se não estou deitada na cama eu estou sentada perto da mesa com a cabeça na mesa”. E5 relata que entregou os seus utensílios de trabalho para a filha porque acreditava que ia morrer: “Quando eu adoeci, eu falei pra ela assim: eu agora não quero mais nada, eu não preciso de dinheiro que eu vou morrer mesmo, tá aqui o meu cilindro elétrico, tá aqui o óleo, tá aqui a farinha de trigo, se você quiser pegar...”.

E5 também revela o quanto esta experiência interferiu com as suas atividades de lazer: “Atrapalha, Deus me livre, ora. A gente perde o gosto de tudo. (...) Você não quer sair, você não quer comprar uma roupa, pra mim as coisas não têm sentido mais. Se eu ir ou não ir fica de um tamanho só”. (...) jogar buraco não. Eu chego lá, eu pego comer barriga”.

E4 relata que essa incapacidade de desempenho das atividades habituais interfere com a forma como recebe os filhos: “Mudou assim, tipo: eles chegam em casa e parece que eu não fico satisfeita. (...) Eu fico escolhendo assunto com medo de contrariar. (...) Porque enrolou tudo e a gente não pode fazer nada por eles. A mãe gosta de dar tudo aos filhos. Não podendo é difícil”.

O aumento da pressão é associado claramente por E5 com o seu estado de depressão: “Eu não tô te contando que eu cismeiei da minha cabeça. Eu fui pro hospital, uai! Fica cismada, a pressão suspende. Quem tem problema de pressão, ela vai embora. (...) Era mesmo a depressão”.

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

O conjunto das narrativas permite identificar diversas estratégias que a entrevistadas desenvolvem para lidar com o sofrimento e com as repercussões deste nas suas vidas.

Algumas entrevistadas relatam que para lidar com o sofrimento procuram não pensar, tentam não preocupar com os problemas que as deixam deprimidas/nervosas/abafadas e, mesmo, evitam pensar sobre estes sentimentos. E4 tenta minimizar a situação dizendo saber que para sentir-se melhor cabe a ela mudar: “Eu acho que a gente é que tem que mudar. (...) Mudar de vida, de pensamento. Deixar essa bobeira pro lado. Se a gente mudar, às vezes, a gente melhora. É a depressão. É a entrega. Porque a gente entrega”. E1 concorda, mas

completa que mudar não é assim tão fácil: “Só a gente não preocupar demais, nervoso, muda o sentido. Caso assim, às vezes melhora né? A gente peleja pra mudar, mas não muda”.

Normalmente, as entrevistadas relatam que procuram não demonstrar seu sofrimento. E4 explica que tenta continuar com a sua rotina, para não deixá-lo transparecer: “Continuo fazendo (as tarefas). (...) Não. Eu não deixo transparecer”. E5 diz que com essa atitude ela procura poupar os outros: “Eu não transmito a minha infelicidade, as minhas coisa p’ros outros porque eu acho que ninguém é culpado. Cada sabe de si e Deus de todos. (...) Ninguém é culpado. Os outros chegam lá em casa, eu recebo. Nem não notam. Angustiada, que tô assim”.

E9 explica que quando está agoniada procura se dedicar ao trabalho doméstico: “Faço faxina de casa (...) Gosto desses movimentos assim”.

Muitas entrevistadas relatam que para lidar com o sofrimento se apegam a Deus. Algumas delas consideram que a religião lhes ajuda diminuir o sofrimento e a conformar-se com o que estão vivendo. E9 relata: “A gente já ta sofrendo mesmo, a gente vai sofrendo com Deus”. (...) Com Deus tudo controla. A gente pega com Deus e vai controlando. Tem dia que eu entrego nas mãos de Deus. Seja o que Deus quiser”. E6 também acredita que o apego pode ajudá-la em seu esforço para sentir-se melhor e para conformar-se: “A gente pega com Deus, vê se não fica triste porque Deus não gosta da pessoa com o coração triste, tem que esforçar(...). Ah! A gente, como diz, a tristeza a gente tem que conformar, tudo é passageiro na vida”. E1 conta que reza para se livrar dos pensamentos que a incomodam: “É porque a gente (...), eu não saio boba. Pra divertir não. Uma coisa que fico mais contente é a igreja. Mas na igreja católica. Eu peguei em ir à missa, rezei muito pra Deus tirar aquilo da minha cabeça”. Para E2, a fé lhe ajuda aceitar os tratamentos que considera mediados por Deus: “Doença é só Deus. Deus é que dá o remédio acertado (...) Eu tenho muita fé em Deus. Sempre eles falam ‘troca de médico’. Eu falo que a gente tem mais fé é naquele que a gente não conhece. Que é Deus. Curador que nós temos aqui é Deus, que nós não conhecemos”.

E4 não fala de religião, mas diz que as pessoas devem conformar-se com os fatos naturais da vida, aceitá-los como algo inevitável: “Depois foi indo e eu conformei, porque não vai voltar. Todo mundo que morre, nos primeiros dias a gente sente falta, fica achando aquilo estranho. Mas a morte é natural, né? Todo mundo morre”.

Várias entrevistadas referem-se a uma estratégia a que chamam “distrair”, e que consiste em conversar, buscar a companhia de outras pessoas, assistir televisão, sair, pescar e jogar baralho. Quatro entrevistadas relatam que se sentem bem quando encontram pessoas com quem gostam de conversar. É o que diz E2: “Quando eu desacorçoo um bocadinho, eu saio pra conversar com uma amiga, saio pra porta. Converso com um, converso com outro. Graças a Deus, na minha rua, onde eu moro, todos são gentes boas”. E8 também relata que esta é uma estratégia que lhe faz bem: “Quando a gente encontra com uma pessoa que a gente gosta de conversar, a gente distrai”. E3 explica que se sente muito só, apesar de distrair-se com a televisão, e que pensa até em morar em um asilo para ter companhia: “Eu falei que a televisão é que entretém a gente. Passa as novelas e entretém (...) Tem hora que eu penso assim: gente, quem sabe se eu vou para um asilo dos velhos? (...) Eu penso que no asilo, às vezes, tem muita gente com a idade da gente e a gente entretém. Porque aqui a gente fica muito sozinha”. E4 considera que sair “é bom para distrair”, e E5 diz que gosta de pescar e jogar baralho: “Olha, pescar. (...) Se eu estiver na beira de um rio, esqueço tudo da minha vida. Pra mim não precisa ter coisa melhor. Pra mim é uma fisioterapia (...), fica só a gente ali. (...) Eu gosto de jogar um buraquinho (...) gosto de Aparecida do Norte”.

Duas entrevistadas relatam que usam “água doce” ou chá para sentir-se melhor. Diz E1: “Ah, não, nesta hora eu tomo uma água doce mas não é com açúcar (...) É aquele Sugrin que tomo diário. (...) Eu melhora um bocado. (...) Refresca por dentro. Não pode ser água de açúcar. Já tenho açúcar no sangue”. E8 informa que as dores melhoram com chá, mas não a contrariedade: “As dores melhoram, mas de não ficar contrariada, eu acho que não tem melhora, não. Quando a gente ta contrariada, né?”.

Para lidar com as repercussões do sofrimento em suas vidas, as entrevistadas se referem à firmeza, ao repouso e ao sossego. E5 diz que a pessoa deve enfrentar a depressão: “Eu falo: não, a depressão existe mas se você entregar ela de mão beijada, ela toma conta. É você que tem de ajudar. Remédio ajuda mas não tanto, não tanto. Você tem que ser firme, ficar mais firme pra rebater ela um pouco”. E4 fala das suas dificuldades para realizar as atividades cotidianas e que utiliza o repouso para dar-se um alívio e condições de continuar a trabalhar: “O dia que a gente pode, a gente faz um repouso e dá um entremeio nas obrigações e depois continua”. A busca de sossego também é relatada como uma forma de

enfrentar o que sentem, como relata. E10: “Nem sei. Parece que tem hora que me dá vontade de sair, ficar num lugarzinho bem quietinha”.

TRATAMENTO

Apenas uma entrevistada relata não haver procurado tratamento para os seus problemas (tristeza/ agonia) por considerar que não exista algo que possa ajudá-la a melhorar. E9 diz: “Eu acho que não, eu não tenho ajuda de nada!”

As demais entrevistadas recorreram a médicos e lhes informaram o seu sentimento de tristeza, de contrariedade e/ou as sensações corporais. Entretanto, pela análise do conjunto dos relatos, depreende-se que a maioria delas encontrou dificuldades de comunicação com os médicos e sentiram-se incompreendidas em muitas ocasiões.

A maioria das entrevistadas relatou aos médicos algum tipo de sensação corporal. Os médicos atribuíam estas queixas a outros problemas orgânicos já apresentados por elas ou as interpretavam como depressão. Neste caso, elas recebiam aconselhamento, que podia ser acompanhado ou não de prescrição de medicamentos. O abafamento e agonia/angústia são relatados por quatro entrevistadas, a falta de apetite é mencionada por uma delas e a tonteira é mencionada por muitas outras, na maioria das vezes, como uma queixa adicional a outras queixas (tristeza, agonia, angústia), relatadas como a principal causa da procura do médico. Também são associadas ao motivo principal da procura de tratamento, as queixas de insônia, desânimo, dores e/ou crises de choro.

E1 relata haver procurado o médico por causa do abafamento, este lhe disse que se tratava de depressão e lhe receitou remédio para a insônia, embora a entrevistada não se tivesse queixado disso como algo que a incomodava: “Já falei (com o médico) mas ele disse que é depressão. (receitou) Remédio para dormir. Tem dia que não durmo, passo a noite toda acordada, vou para aqui, vou para ali, não durmo (...) Quando eu tomo, eu durmo”. Informa ainda que o médico associou suas queixas aos problemas de diabetes e coração, mas levanta dúvidas se estes problemas podem ser responsabilizados por todos os seus incômodos: “Mas diabete não faz, não é possível que faz tudo da doença. Dá tonteira também, dor de cabeça. Ele só fala que é do coração mesmo”.

Duas outras entrevistadas relataram ter-se queixado de “agonia”, e que os médicos atribuíram as suas queixas aos problemas orgânicos que já apresentavam.

E8 relata ter sentido que ele desvalorizou a sua queixa, quando lhe disse que “era depressão” e lhe sugeriu procurar alguma forma de distração, sem prescrever-lhe medicamentos: “Diz o Dr. X que é do problema mesmo das Chagas que faz, essa coisa, o arrocho. (...) A agonia, ele falou que eu tenho que distrair, sair, conversar.(...) remédio não. Eu sou uma pessoa que não gosta de sair de casa. Eu penso que não tem nada que melhora (...) de ficar contrariada, não”. E3 relata que nem foi preciso dizer ao médico que sentia agonia porque “ele percebeu” e lhe pediu radiografias: “Eu fui consultar e ele tirou chapa do tórax, do pescoço, das cadeiras, das pernas (...) Ele viu, ne? Que eu não andava. Eu falei que estava muito perrengue”. Informa ainda já ser do seu conhecimento prévio o seu quadro de insônia de muitos anos, para o que lhe prescreveu medicamentos: “Eu estou tomando os remédios dele (...) Com ele eu durmo. (...) Já tem muito tempo que eu durmo pouco (...) Já tem muitos meses, muitos anos”.

E4 relata haver procurado tratamento recentemente devido à angústia, para o que está tomando medicamento: “Esse eu tomo pela manhã. Controle da angustia. É que eu era bastante deprimida. Então, ele (médico) foi dando um jeitinho até melhorar”. Acrescenta, ainda, que na última semana voltou ao médico por apresentar tonteira: “Eu estava com tonteira e ele achou que era labirintite (...) Eu fui pela tonteira. Ele receitou o calmante porque eu estava um pouco estressada”.

E2 relata que foi ao médico porque não conseguia se alimentar nem parar de chorar: “o médico que eu consultei com ele lá no Sanatório (falou) que tenho depressão, depois o doutor daqui no Posto. Foi muito bom o remédio dele. Assim que eu tomei, melhorei bastante. Pra comer, pra parar com a choradeira”. Ela informa ainda que teve melhoras com o medicamento prescrito para depressão, apesar de não saber estabelecer relações entre o medicamento e a indicação: “Tive uma melhora boa. Graças a Deus não surtei. Andei tomando os remédios. (...) Foi pra depressão, mas eu não sei que remédio que foi. A gente joga fora a bula. Eu tomo muito remédio. Deve ser algum remédio que acertou”.

Dores no corpo levaram duas entrevistadas a procurar o tratamento. E6 explica que foi medicada para os problemas que sente (tristeza, dores, tonteira e desânimo): “Eu tomo calmante diário, tem muitos anos. (...) É por causa destes problemas que a gente sente. (...) A gente pensa que uma hora melhora (...) às vezes desaparece algum problema de tanta dor que a gente sente, tanto desânimo”. E10 relata que procurou o tratamento por causa de dores, o que motivou a sua

internação por alguns dias, ao fim dos quais recebeu diagnósticos de problemas clínicos e de depressão. Relata que toma medicamentos para depressão: “Eu sinto umas dores no peito, aqui de lado. Tem dia que eu fico com a barriga toda doendo. (...) Eles falaram que era depressão e problema no estômago. Tenho gastrite, começo de úlcera. Tomei (remédio para depressão) quatro meses”.

Ao relatar o que estavam sentindo para os médicos, duas entrevistadas dizem que sentiram que os seus problemas eram minimizados. E5 relata ter-se sentido mal devido à tristeza/depressão, que por isso procurou o médico com o qual já estava habituada a tratar-se. Este lhe disse que não se tratava de doença: “Aí eu tava assim, sabe? Sentia o fôlego acabando, ia acabando assim, me dava aquele mal estar, eu ficava ruim, corria pro médico. Ele falava assim: ‘você está com doença de cabeça, vai embora, não vou te receitar remédio, não’”. Como continuava sentindo-se mal, procurou outro médico: Eu voltava no Dr. Y: eu vim cá porque Dr. X não me receitou remédio, eu tô ruim, eu vou morrer. ‘L., você não está doente’. Eu falava: ‘tô, eu tô ruim’. Ele me receitava um remedinho qualquer lá, só pra me enganar”. Explica que resolveu procurar tratamento em outra cidade: (...) Aí eu fui para X, fiz um tratamento lá. Fiquei, fiquei mais de 1 mês lá. (quando voltou) Já estava melhor, mas ainda estava assim deprimida..”. E7 relatou ao médico que “sentia tonteira (...) estava muito triste, estava alimentando pouco”, e que ele lhe aconselhou: "Você pensa em você. Larga os problemas dos outros". (...) O negócio de estar me dado as tonteiras é que eu fiquei preocupada. (...) Tem é que tratar (...) Eu falei com ele (médico) que sempre ficava deprimida (...) com o coração abafado. Eu tomo X. É pra depressão”.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A psiquiatria considera que uma alteração do humor, a tristeza, é a perturbação fundamental da depressão (Moreno & Moreno, 1995; CID-10, 1993). Entretanto, a depressão em idosos tem uma apresentação clínica peculiar, com associação de sintomas ansiosos (Gallo & Lebowitz, 1999), predomínio dos sintomas somáticos e menor manifestação dos sintomas afetivos (Stoppe Jr & Louzã Neto, 1999; Nelson, 2001). Neste grupo etário essas características podem ser tão marcantes que o quadro depressivo é descrito como “depressão sem tristeza” (Blazer, 2003; Nelson, 2001) ou “depressão mascarada” (Blay, 2000).

No presente estudo, observou--se que todas as entrevistadas referiram-se a um profundo sentimento de tristeza, descrito em termos de sentimentos de contrariedade, estado de preocupação, nervosismo, sensações corporais (abafamento, angústia, aperto, falta de apetite, cabeça ruim, dores), desânimo/falta de entusiasmo, diminuição de prazer na própria vida e na relação com o outro, alterações do sono e idéias de morte. Estes sentimentos e sensações assemelham-se às características da depressão tal qual descritos pela psiquiatria como sintomas de ansiedade, queixas físicas, redução da energia e perda de interesse (Stoppe Jr & Louzã Neto, 1999; Moreno & Moreno, 1995), que são geralmente separados em grupos de sintomas psicológicos ou físicos. No entanto, observa-se que as entrevistadas não fazem qualquer distinção entre os sintomas mentais e físicos, descrevendo-os sem dissociá-los uns dos outros. Alguns estudos antropológicos demonstram que, ao contrário do que veiculam os modelos profissionais, a grande maioria das pessoas experimenta o sofrimento humano de uma forma integrada, somatopsicológica, simultaneamente corpo e mente, e que a depressão apresenta um “reticulum” sócio-somático que conecta o indivíduo com o outro e com o mundo social (Lewis-Fernandez & Kleinman, 1994; Kleinmam & Kleinman, 1985).

O conjunto de signos privilegiados pelas entrevistadas modela a busca de sentido para o seu sofrimento, a compreensão das repercussões deste sentimento em suas vidas bem como as estratégias que desenvolvem para lidar com as manifestações deste estado e com as suas repercussões. As reações das pessoas do entorno também vão enraizar-se na rede de significações que se forma pela interação entre signos, explicações e ações.

A antropologia médica demonstra que as explicações que os indivíduos desenvolvem para os sintomas e para o seu sofrimento são modeladas pela cultura. Quando o sofrimento psicológico é estigmatizado, os indivíduos minimizam, negam ou deslocam os conflitos e emoções (Kirmayer et al, 1994) que podem redefinir-se em termos de experiências corporais (Lewis-Fernandez & Kleinman, 1995). Assim, podem compartilhar símbolos e metáforas de acordo com as suas crenças (Eisenberg, 1977). A expressão do sofrimento em termos de experiência corporal, muito freqüente nas narrativas analisadas, poderia explicar-se dessa forma.

Conflitos e dificuldades familiares foram considerados pelas entrevistadas como desencadeadores de seus problemas. Essas questões familiares foram descritas como contrariedades provocadas pelo comportamento de membros da

família, por preocupações com estes, e pelas perdas (separação, morte de pessoas próximas e dificuldades financeiras). Vários estudos indicam que eventos de vida que representam importantes modificações recentes no ambiente estão relacionados com o aparecimento da depressão em idosos. Dentre os eventos de vida, destacam-se as perdas, que incluem separação, mortes e diminuição da auto-estima (Stoppe Jr & Louzã Neto, 1999). O falecimento de pessoas próximas (Koenig & Blazer, 1992; Nelson, 2001; Birre & Vemuri, 2004) e as dificuldades econômicas (Beekman et al, 1999; Koenig & Blazer, 1992) são considerados importantes fatores associados com a depressão em diversos estudos.

Doenças físicas e dores ou as preocupações provocadas por estas sensações foram também considerados, pelas entrevistadas, como fatores que desencadeiam o sofrimento. É sabido que as doenças físicas se relacionam com a depressão, sobretudo nesta faixa etária, em que há maior probabilidade de ocorrência simultânea de uma ou mais doenças (Blay, 2000). As preocupações hipocondríacas, que já são freqüentes nos idosos deprimidos (Blay, 2000; Moreno & Moreno, 1995) podem ser reforçadas pela presença de doenças físicas, o que os leva à procura de serviços não especializados em psiquiatria, gerando acúmulo de diagnósticos e tratamentos desnecessários (Cordás, 1999). Além disso, é importante ressaltar que as dores, tanto podem expressar uma experiência sensorial como representar uma metáfora perceptual do sofrimento (Damatarca & Stahl, 2003).

A idade avançada foi também apontada como causa direta para esse sofrimento, que seria assim algo próprio desta idade ou um fator que aumenta a fragilidade frente a situações de estresse. O fato dos sintomas poderem ser considerados normais para a idade pode levar a uma desvalorização do seu sofrimento, tanto pelas idosas, quanto pelos membros do entorno, e pelos clínicos. Esta visão dos sintomas, como algo próprio da idade, pode trazer mais dificuldades para o diagnóstico de depressão entre os idosos (Nelson, 2001; Cordás, 1999).

Esse conjunto de sentimentos e sensações repercute na vida das entrevistadas, que descrevem várias mudanças nas suas atividades domésticas e de lazer, nas relações familiares e na saúde física, e as leva a desenvolver diversas formas de estratégias para lidar com esse sofrimento. Blay (2000) ressalta, que mesmo expostos a estímulos favorecedores da depressão, os idosos mantêm uma rede eficiente de recursos adaptativos. Nos relatos das entrevistadas observam-se estratégias tais como não demonstrar o que sentem, continuando às vezes com

suas rotinas, ainda que sejam realizadas com dificuldades; freqüentemente, procuram nelas algum alívio para os seus sentimentos e sensações. Descrevem outras estratégias, por exemplo, tentam não pensar no sofrimento, não se preocupar com os problemas que as deixam deprimidas/nervosas/abafadas ou buscam distrair-se, o que inclui conversar, buscar a companhia de outras pessoas, assistir à televisão, sair, pescar e jogar baralho. As entrevistadas relatam que, na maioria das vezes, não conseguem atingir o objetivo de aliviar-se. A literatura aponta esta dificuldade para “distrair-se” (Moreno & Moreno, 1995).

Conformar-se com os problemas, aceitá-los como fatos naturais e inevitáveis da vida constitui outra estratégia. Muitas vezes recorrem ao saber divino, apegando-se a ele tanto para se aliviarem do sofrimento como para aceitarem os reveses da vida. O apego à religião é descrito na literatura como uma das condutas adaptativas mais comuns utilizadas pelos idosos (Koenig & Blazer, 1999).

O sofrimento das entrevistadas desencadeia distintos tipos de reações por parte de filhos, maridos, noras, outros familiares, vizinhos, amigos e pessoas ligadas a grupos religiosos. Estas reações podem ser classificadas como positivas ou negativas. Consideramos reações positivas aquelas em que as pessoas agem visando ajudar as entrevistadas a lidar com seus problemas, ou seja, orientam, apóiam, procuram tratamentos, acompanham e cuidam. Incluímos também entre as reações positivas os sentimentos de empatia (entristecer, preocupar ou demonstrar pena). Consideramos reações negativas aquelas em que as pessoas expressam sentimentos ou realizam ações que não visam uma ajuda efetiva, por exemplo, ignoram, negligenciam, menosprezam, desconfiam ou provocam.

Apesar de relacionarem a família como a principal fonte de problema, é dela que esperam encontrar apoio. Estudos enfatizam que a família pode representar um importante papel no desencadeamento dos quadros depressivos e na sua recuperação (Polaino-Lorente, 1989), sendo a principal fonte de suporte para os idosos no Brasil (Ramos, 2002).

De um modo geral, os filhos têm reações positivas representando o papel mais considerável no suporte para as dificuldades das entrevistadas. Eles expressam empatia e tentam ajudar de forma efetiva, com orientações e ações concretas, mesmo que não compreendam os sentimentos e sensações que as mães relatam, orientam ou acompanham suas mães na busca de tratamento ou distração. Algumas entrevistadas manifestam um sentimento ambivalente em relação aos

filhos, ao dizerem que não recebem ajuda deles, para, em seguida, relatarem seu apoio em diversas situações. Talvez isso sugira que esperassem algo mais dessa ajuda.

As reações dos maridos são relatadas pelas entrevistadas como negativas: negligenciam, ignoram ou menosprezam. Estudos sobre relacionamentos mostram que estes são a matriz dentro da qual a maioria das pessoas vive, e da qual esperam conforto, mas também podem representar fonte de atritos (Sadock, 1999). Steinglass (1999) ressalta que um casamento insatisfatório é um fator importante para piores resultados do tratamento da depressão crônica em mulheres. Em tais circunstâncias de insatisfação, apresenta maior risco de cronificação dos sintomas depressivos comparativamente ao risco apresentado pelas solteiras.

A literatura refere-se às famílias de idosos como “ninhos vazios”, ou seja, lares em que os filhos já saíram de casa. No entanto, observa-se atualmente, em países como o Brasil, a estratégia de co-residência, que pode beneficiar tanto as gerações mais novas quanto as mais velhas, (Camarano & El Ghaouri, 2002). No presente estudo, observou-se que os filhos, mesmo quando não moravam com as mães, representavam apoio efetivo para elas. As reações negativas dos maridos relatadas pelas entrevistadas devem torná-las ainda mais dependentes do apoio dos filhos. É interessante observar que, na ausência destes, a ajuda veio da parte do sobrinho. Foi também um sobrinho quem auxiliou outra entrevistada, embora esta fosse casada e tivesse filhos, encaminhando-a para tratamento em cidade de maiores recursos.

Apesar de as entrevistadas relatarem uma convivência próxima com os genros, em alguns casos convivendo com eles no mesmo domicílio, não relatam qualquer tipo de interação com os mesmos. Já com as noras há uma interação, que pode ser positiva ou negativa. Estas podem ajudá-las efetivamente, levando-as ao médico, comprando-lhes remédios, ou podem representar, ao mesmo tempo, fonte de contrariedade e aborrecimento.

Vizinhos e amigos podem apresentar reações positivas de empatia, mas, geralmente, não apresentam ações efetivas de ajuda. Quando muito, aconselham e sugerem a busca de distração ou tratamento. Também podem demonstrar reações negativas, de desconfiança. A existência de uma boa rede social de apoio tem sido apontada como um importante fator para a recuperação dos idosos deprimidos (Koenig & Blazer, 1999).

Ao expressar seu sofrimento, as entrevistadas desencadeiam respostas dos médicos que são, por elas, consideradas insatisfatórias. Isso contribui, provavelmente, para a manutenção de um quadro depressivo prolongado. É importante lembrar que as entrevistadas foram selecionadas entre aquelas que apresentavam sintomas depressivos no quarto seguimento da coorte (2001), e, atualmente, não apenas respondem afirmativamente que se “sentem tristes”, mas evocam signos e reações que constituem uma rede de significações relacionada com a depressão. Isto acontece apesar de receberem apoio e tratamento.

Como vimos, as entrevistadas procuram o tratamento para aliviar o seu sofrimento, mas sentem-se incompreendidas. Interpretaram as respostas dos médicos por elas consultados como uma desvalorização do que sentem (ao dizerem que “não é doença”); uma forma de minimizá-lo (quando dizem para “não se preocupar com problemas dos outros”, apesar de ser este problema uma perda importante); ou uma biologização do seu sofrimento (ao associarem todas as suas queixas com os problemas físicos que já apresentavam). Muitas vezes, isto lhes faz ver o tratamento com desconfiança, e chegam a considerá-lo ineficaz.

A análise do conjunto das entrevistas deixa claro que a maneira como são percebidos e valorizados os sintomas depressivos direciona o comportamento tanto das próprias entrevistadas como das pessoas do entorno. Todas as entrevistadas referiram-se a um profundo sentimento de tristeza, mas ao ressaltarem também em suas narrativas, a expressão do sofrimento em termos de experiência corporal, desencadeiam respostas, que veiculando o modelo biomédico de intervenção, introduzem uma distinção entre sintomas somáticos e psíquicos negligenciando uma rede cultural de significações que interliga signos, significados e ações e configura maneiras típicas de pensar e agir frente à depressão.

Concluindo, gostaríamos de ressaltar que a literatura antropológica destaca a importância da cultura não apenas no modo como ela influencia a “doença-experiência”, mas também a resposta apropriada para lidar com ela (Furnham & Malik, 1994). Nessa perspectiva, considera-se que a matriz cultural determina quando e como o paciente busca auxílio (Eisenberg, 1977). Caso o contexto seja negligenciado, a interação clínica leva a dificuldades de comunicação e insatisfação na relação médico-paciente (Helman, 1985; Kleinman et al, 1978; Kleinman, 2001).

REFERÊNCIAS

Beekman ATF, Deeg DJH, Tilburg T van, Smit JH, Hooijer C, Tilburg W van. 1995. Journal of Affective disorders, 36: 65-75.

Beekman ATF, Copeland JRM, Prince MJ. 1999. Review of community prevalence of depression in later life. British Journal of Psychiatry, 174: 307-311

Beekman ATF, Geerlings SW, Deeg DJH, Smit JH, Schoevers RS, Beurs E de, Braam AW, Penninx BWJH, Tilburg W van. 2002. The natural history of late-life depression. Arch Gen Psychiatry; 59: 605-611

Birrer RB, Vemuri SP. 2004. Depression in Later Life: a Diagnostic and Therapeutic challenge. American Family Physician, 69(10): 2376-2382

Blay SL. 2000. Características Clínicas, Fatores de Risco e Curso da Depressão em Idosos. In: Lafer B, Almeida OP, Fráguas Jr R & Miguel EC. Depressão no Ciclo da Vida. Porto Alegre: Artmed Editora.

Blazer DG. 2003. Depression in Late Life: Review and commentary. Journal of Gerontology: Medical Sciences, 58A(3): 249-265

Blazer DG, Hughes DC, George LK. 1987. The epidemiology of depression in an elderly community population. Gerontologist, 27(3): 281-7

Camarano AA, El Ghaouri SK. 2002. Família com Idosos: ninhos vazios? XIII Encontro da Associação brasileira de Estudos Populacionais – 4 a 8 de novembro, Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil.

Carvalhais SMM. Influência da situação sócio-econômica sobre os fatores associados aos sintomas depressivos em idosos residentes na comunidade: Projeto Bambuí (em preparação)

Carvalho JA & Garcia RA. 2003. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saúde Pública*, 19(3): 725-33.

Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e Diretrizes Diagnósticas. 1993. Coord. Organização Mundial da Saúde; trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, p.108-128.

Cole GM, Denduruki N. 2003. Risk Factors for depression. *Am J Psychiatry*, 160:6: 1147-56.

Cordas TA. 1999. Apresentação. In: *Depressão na Terceira Idade (apresentação clínica e abordagem terapêutica)*. São Paulo; Lemos Editorial, p 13-15.

Corin E, Uchoa E, Bibeau G & Koumare B. Articulation et Variations de Systèmes de Signes, de Sens et D'Action. *Psychopatologie Africaine*, 1992. XXIV, 2: 183-204

Damatarca C, Stahl S. 2003. Pain and Depression: Bridging the Body and Mind. *Depression: Mind and Body*, 1(1)

Eisenberg L. 1977. Disease and illness. Distinction between professional and popular ideas of sickness. *Cult Med Psychiatry*. 1(1): 9-23

Flint AJ. 2005. Editorial: Anxiety and Its Disorders in Late Life. Moving The field forward. *Am J Geriatr Psychiatry*, 13: 3-6

Furnham A, Malik R. 1994. Cross-cultural beliefs about "depression". *The International Journal of social Psychiatry*, 40(2): 106-123.

Gallo JJ, Lebowitz BD. 1999. The Epidemiology of Common Late-Life Mental Disorders in the community: Themes for the New Century. *Psychiatry Services*, 50(9): 1158-66.

Gazalle FK, Lima MS, Tavares BF Curi P. 2004. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Rev Saúde Publica*, 38 (3): 365-71.

Geertz C. 1989. A interpretação das culturas. LTC- Livros Técnicos e Científicos Editora, Rio de Janeiro.

Goldberg DP, Blacwell B. 1970. Psychiatric Illness in General Practice: A detailed study using a new method of case identification. *British Medical Journal*, 2: 439-443.

Good B, Kleinman A. 1985. Epilogue: Culture and Depression. In: *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. University of California Press. Berkeley & Los Angeles, p. 491-505.

Helman C. 1985. Communication in primary care: the role of patient and practitioner explanatory models. *Soc Sci Med*, 20(9): 923-31.

Kirmayer LJ, Young A, Robbins JM. 1994. Symptom attribution in cultural perspective. *Can J Psychiatry*, 39(10): 584-95

Kleinman A, Eisenberg L & Good B. 1978. Culture, Illness, and Care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88:251-258.

Kleinman A, Kleinman J. 1985. Somatization: The Interconnections in Chinese Society among Culture, Depressive Experiences, and the Meanings of Pain. In: *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. University of California Press. Berkeley & Los Angeles, p. 429-490

Kleinman A. 2001. Commentary: why psychiatry and cultural anthropology still need each other. *Psychiatry*, 64(1): 14-16

Koenig HG, Blazer DG. 1992. Epidemiology of geriatric affective disorders. *Clin Geriatr Med*; 8(2): 235-51

Lewis-Fernandez R, Kleinman A. 1994. Culture, Personality, and Psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1): 67-71.

Lewis-Fernandez R, Kleinman A. 1995. Cultural Psychiatry. Theoretical, clinical, and research issues. *Psychiatr Clin North Am*, 18(3): 433-48.

Lima-Costa MFF, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JOA, Vidigal PG, Barreto, SM. 2000. The Bambui Health and Aging Study (BHAS): methodological approach and preliminary results of a population based cohort study of the elderly in Brazil. *Revista de Saúde Pública*; 34(3):126-135.

Lima-Costa MFF, Barreto SM, Guerra HL, Firmo JOA, Uchoa E, Vidigal PG. 2001. Ageing with *Trypanosoma cruzi* infection in a community where the transmission has been interrupted: The Bambui Health and Aging Study (BHAS). *International Journal of Epidemiology*, 30:887-893.

Moreno RA, Moreno DH. 1995. Transtornos do Humor. In: Louzã Neto MR, Motta T, Wang YP & Elkis H (orgs). *Psiquiatria básica*, p. 136-166.

Nelson JC. 2001. Diagnosing and Treating Depression in the Elderly. *J Clin Psychiatry*, 62(suppl 24): 18-22

Polaino-Lorente A. 1989. Factores Sociales, Cultura Y Depression. *Anthropologica, Revista de Etnopsicologia y Etnopsiquiatria*, 5/6.

Ramos LR. 2002. Envelhecimento populacional: um desafio para o planejamento em saúde. In: I Oficina de Trabalho sobre Desigualdades Sociais e de Gênero em saúde de Idosos no Brasil. Ouro Preto, Minas Gerais. p. 85-95.

Sadock VA. 1999. Problemas de Relacionamento. In: Kaplan HI, Sadock BJ. *Tratado de Psiquiatria*. 6 ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda, p.1733-1737

Steinglass P. 1999. Terapia Familiar. In: Kaplan HI, Sadock BJ. *Tratado de Psiquiatria*. 6 ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda, p. 1978-1987.

Stoppe Jr A, Louzã Neto MR. 1999. Depressão na Terceira Idade: apresentação clínica e abordagem terapêutica. São Paulo; Lemos Editorial, p. 79-148.

Uchoa E. 1997. Epidemiologia e Antropologia: contribuições para uma abordagem dos aspectos transculturais da depressão. In: Canesqui AM (org). Ciências Sociais e Saúde. Editora HUCITEC / ABRASCO. São Paulo, p. 87-109.

Uchoa E. 2000. I jinéw: destino, malattia e cura di Kadiatou. Um approccio antropopsichiatrico. Rivista de la Società Antropológica Médica, p. 81-97.

Uchoa E, Vidal JM. 1994. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da saúde e da Doença. Cad. Saúde Públ, 10(4): 497-504.

Uchoa E, Corin E, Bibeau G, Koumare B. 1993. Représentations culturelles et disqualification sociale: l'épilepsie dans trois groupes ethniques au Mali. Psychopatologie Africaine, XXV(1): 33-57.

Vorcaro CMR, Lima-Costa MFF, Barreto SM, Uchoa E. 2001. Unexpected high prevalence of 1-month depression in a small Brazilian community: the Bambui Study. Acta Psychiatr Scand, 104: 257-263.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estes artigos são parte integrante do primeiro estudo brasileiro de base populacional sobre a depressão em idosos que utiliza abordagens epidemiológica e antropológica, de acordo com a literatura pesquisada. A complementaridade desses métodos proporcionou um entendimento mais abrangente da depressão na população idosa de Bambuí.

O estudo epidemiológico mostrou que a prevalência da depressão é alta entre os idosos de Bambuí e que, mesmo uma pequena diferença de renda influencia a prevalência e os fatores associados com a depressão.

O estudo antropológico mostrou que os idosos de Bambuí têm uma concepção particular do problema da depressão, quais são as suas causas, quais as manifestações mais importantes, como buscam o tratamento e estabelecem a comunicação com os médicos. Fica claro que esta concepção particular vai determinar, em grande parte, a forma como os idosos de Bambuí vão lidar com a depressão. Portanto, qualquer intervenção junto a esta população deve levá-la em consideração.