

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS INTEGRADAS DO PONTAL
CURSO CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

**Relação da depressão com aspectos sociodemográficos em idosos residentes nas zonas
urbana e rural de Ituiutaba-MG**

Mayalla de Freitas Faria

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do
Curso de Ciências Biológicas da Universidade Federal de
Uberlândia, para obtenção do grau de Bacharel em Ciências
Biológicas.

Ituiutaba - MG

Maio - 2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS INTEGRADAS DO PONTAL
CURSO CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

**Relação da depressão com aspectos sociodemográficos em idosos residentes nas zonas
urbana e rural de Ituiutaba-MG**

Mayalla de Freitas Faria

Profa. Dra. Luciana Karen Calábria

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação
do Curso de Ciências Biológicas da Universidade Federal de
Uberlândia, para obtenção do grau de Bacharel em Ciências
Biológicas.

Ituiutaba - MG

Maio - 2016

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os idosos que sofrem de depressão, que foram abandonados e deixados em abrigos pela família, que sofrem de violência doméstica diariamente, que não são ouvidos pela sociedade, que sofrem preconceito por serem mais velhos. Dedico também aos meus avós Emidio Aparecido de Freitas, Jeronima Cimair de Freitas, Lázaro Faria e Aldaiza Maria de Jesus, aos meus pais Sidney Pereira de Faria e Carlem Catia de Freitas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus avós Emidio Aparecido de Freitas e Jeronima Cimair de Freitas, que lutaram sempre para me criar e me dar conforto, sempre me ensinaram que a vida não é fácil e que eu nunca deveria desistir dos meus sonhos. Vocês são a razão da minha vida.

Agradeço também a minha mãe Carlem Catia de Freitas, que sempre me apoiou e me apoia nas minhas decisões. Fico agradecida por ser minha melhor amiga, por me incentivar a estudar e me ensinar a enfrentar os problemas de frente sem passar por cima do próximo. Ao meu pai Sidney Pereira de Faria, que apesar de distante e de não termos um convívio diário, me ajuda muito na minha formação, agradeço muito a ele por ser meu pai e por me amar tanto. A minha irmã Diuglienne de Freitas Faria, que me protege e me defende sempre dos problemas da vida.

Agradeço em especial a minha avó paterna Aldaiza Maria de Jesus, que faleceu neste ano de 2016, mas que deixou muitos ensinamentos para mim, nunca vou esquecê-la.

Também sou imensamente grata à minha madrinha Rhayne Vieira Guerra, que foi a pessoa que mais depositou em mim confiança. Sem sua ajuda eu não teria chegado aonde cheguei e se estou realizando um sonho é graças a tudo que fez por mim e todo o incentivo.

Aos meus amigos Rai Carlos Duarte Frias, Wender Assunção, Ana Paula Ferreira, Laura Alves Ribeiro, Janyne Vilarinho Melo e Paula Fernanda Chioderolli, que sempre estiveram ao meu lado me dando total apoio para que eu seguisse em frente.

Agradeço também a Universidade Federal de Uberlândia que me recebeu de braços abertos se tornando a minha segunda casa. E aos integrantes do Grupo de estudos, pesquisa e extensão em Envelhecimento que me ajudaram na coleta de dados e na minha formação, sendo eles: Ana Lúcia de Medeiros Santos, Camila Aparecida Marques Silva, Laura Maria Araujo Vêncio, Matheus Moura Martins e Janyne Vilarinho Melo.

Sou muito agradecida também à minha orientadora Luciana Karen Calábria, por ter aceitado me orientar, por ter me aceitado com meus problemas e meus choros, por sempre me dar conselhos que me confortam, por me dar puxões de orelha quando preciso e principalmente pela minha evolução acadêmica. Sou grata a tudo que esta orientadora e amiga fez e faz por mim. Obrigada!

Sou mais grata ainda ao meu Deus, Ele que sempre me ouviu nos momentos de fraqueza, que sempre confiou em mim e que nunca me desamparou. Meu sonho só se tornou realidade porque ele sempre esteve ao meu lado.

APRESENTAÇÃO

O formato deste Trabalho de Conclusão de Curso cumpre as normas aprovadas pelo Curso de Ciências Biológicas da Faculdade de Ciências Integradas do Pontal da Universidade Federal de Uberlândia.

Este trabalho foi redigido no formato de artigo científico, em português, respeitando as normas da Revista Horizonte Científico, as quais podem ser acessadas no endereço eletrônico: <http://www.seer.ufu.br/index.php/horizontecientifico/about/submissions#authorGuidelines> ou consultadas no item ANEXO deste Trabalho de Conclusão de Curso (p. 33-35).

O manuscrito representa o estudo na íntegra e será submetido para publicação somente após as considerações dos membros da banca na defesa.

RESUMO

O processo de envelhecimento acarreta vários fatores que interferem na vida do idoso, podendo estar ligado à depressão. O objetivo deste trabalho foi analisar a prevalência de depressão em idosos que vivem na zona urbana e rural do município de Ituiutaba-MG e os aspectos sociodemográficos relacionados. Vinte e nove idosos residentes nas zonas rural (n=13) e urbana (n=16) de Ituiutaba-MG foram entrevistados utilizando a Escala de Depressão Geriátrica na versão reduzida, incluindo dados sociodemográficos. A idade média dos idosos foi de 68 anos ($DP \pm 7$), sendo a maioria destes pertencente à faixa etária de 60 a 69 anos (75,9%). Dos idosos entrevistados, maioria era homens (69%), aposentados ou pensionistas (72,4%), com renda familiar mensal de 1 a 2 salários (69%), com menos de 4 anos de estudo (51,7%), com companheiro (86,2%), tendo 2 a 3 moradores em sua residência (72,4%), podendo ser somente o companheiro (34,5%) ou o companheiro e filho (34,5%). Dos idosos identificados com depressão, 77,3% compõem a faixa etária de 60 a 69 anos. Os homens (75%) apresentaram maior prevalência em relação às mulheres (66,7%) quanto à depressão leve, porém somente as mulheres revelaram depressão severa (11,1%). A depressão leve foi prevalente independente da ocupação, seja aposentado e/ou pensionista (66,7%) ou outra ocupação (85,8%); da renda familiar mensal, de 1 a 2 (80%) e 3 ou mais salários (60%); e do estado civil, com (76%) ou sem (66,7%) companheiro. Para o nível de escolaridade, os longevos que estudaram menos de 4 anos, ou se consideraram analfabetos, funcional ou não, foram identificados na sua maioria com a sintomatologia de grau leve. Comparando o local da residência, a depressão foi identificada em 81,3% dos que viviam na cidade e em 69,2% dos que viviam na comunidade rural. Não há dúvida de que a depressão não é caracterizada apenas por uma tristeza profunda e não é causada pelo processo de envelhecimento, mas está relacionada com alterações típicas desta fase da vida, além de aspectos sociodemográficos. Neste presente estudo, a doença depressiva mostrou prevalência em idosos de baixa renda e com baixo nível de escolaridade, independentemente do local onde o idoso reside, sendo que 75,9% dos entrevistados foram identificados com depressão utilizando a Escala de Depressão Geriátrica. A depressão é um grande problema social, afeta diretamente a vida do idoso e é uma das principais causas de morte e invalidez no país. O diagnóstico e o tratamento adequado são fundamentais para a melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa, otimizar o uso de serviços de saúde, evitar outras condições clínicas e prevenir óbitos prematuros.

Palavras-chave: Envelhecimento; Doença mental; Escala de Depressão Geriátrica.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
METODOLOGIA	13
RESULTADOS E DISCUSSÃO	15
CONCLUSÃO	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
ANEXO	33

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional vem crescendo cada vez mais nos últimos tempos e estima-se que nos próximos 35 anos o número de idosos no mundo poderá chegar a cerca de dois bilhões, sendo que a maior parte desta população estará presente nos países que estão em desenvolvimento, como o Brasil (BRASIL, 2007).

O processo de envelhecimento acarreta vários fatores que interferem na vida do idoso, como a perda dos dentes, problemas na locomoção, doenças cardiovasculares, diabetes, atrofia muscular, desidratação, problemas de audição e de visão, perda de cônjuge ou de ente querido, dificuldades financeiras e morbidades (ZASLAVSKY; GUS, 2002; BRASIL, 2007). Estes fatores, especialmente a perda do cônjuge, o desamparo familiar e social, e as morbidades, são responsáveis pelo desenvolvimento de várias doenças, como a depressão, principalmente por afetar o psicológico do longo vivo causando um desequilíbrio emocional (ZASLAVSKY; GUS, 2002).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o suicídio vitima cerca de um milhão de pessoas por ano, sendo que grande parte é idosos. A população com faixa etária acima de 60 anos é a que mais sofre com problemas sociais e de saúde, e o suicídio entre estas pessoas é causado por problemas biológicos e também psicológicos (BEESTON, 2006). A depressão é um problema mental que está fortemente relacionada com o índice elevado de autoquíria. Assim, dados revelam que a maioria dos longevos que cometem suicídio é depressivo (HARWOOD et al., 2001), tornando a depressão um relevante fator associado ao suicídio (MINAYO; CAVALCANTE, 2010).

A depressão é uma doença mental psiquiátrica, caracterizada pela alteração de humor repentina que gera uma tristeza profunda levando à baixa autoestima, desesperança, solidão, culpa, gerando alterações no sono e no apetite. Além disso, um indivíduo depressivo se sente

fatigado quando acorda e tende a dormir muito mais tempo que uma pessoa com estado mental normal (GOMES, 2011).

A sintomatologia depressiva é diferenciada pela gravidade que ela acarreta no indivíduo. A distímia, corresponde ao grau de depressão leve, geralmente é quando o problema psicológico está no início, a pessoa depressiva sofre oscilações de humor súbitas ou contínuas. Essa mudança de humor está relacionada a acontecimentos desagradáveis do cotidiano (CARVALHO FILHO; PAPALÉO, 1995). A doença com o grau mais sério, elevado e grave, também chamado de transtorno depressivo maior, pode levar o indivíduo ao suicídio, e trata-se de uma doença endógena causada pela menor atividade das monoaminas cerebrais (CORRÊA, 1996).

Segundo a Organização Mundial da Saúde em 1996, a depressão atingiu cerca de 120 milhões de pessoas em todo o mundo, e ocupou o quinto lugar como um dos problemas de saúde mais prevalentes entre a população mundial. Estes estudos estimaram que em 2016 a depressão estará ocupando o segundo lugar como problema de saúde mundial, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares (MURRAY; LOPEZ, 1996). No entanto, a Organização Mundial da Saúde estima que 450 milhões das pessoas que procuram o sistema de saúde possuem algum problema mental e psicossocial, não sendo diagnosticado para tratamento (WHO, 2001).

Um em cada seis idosos tratados na atenção básica é diagnosticado com distúrbio mental (REYNOLDS; KUPFER, 1999). No Brasil, a depressão entre pessoas idosas varia de 4,7% a 36,8% (BRASIL, 2007). Esta doença na terceira idade tem sido apontada como um dos problemas de saúde mais frequentes na população. Infelizmente este problema não é tratado com seriedade e atenção entre a maioria dos médicos brasileiros. Perguntas simples sobre o bem estar do idoso, de como ele está se sentindo e como está seu emocional não são feitas nas consultas, não possuindo valor nem atenção como outras doenças, assim não sendo tratada.

No país, os estudos sobre a depressão geriátrica são na maioria das vezes somente voltados para a zona urbana (RAMOS, 2003) esquecendo que no meio rural existem idosos que necessitam de total atenção por ser uma doença de difícil diagnóstico.

Alguns trabalhos foram feitos em regiões rurais em todo mundo, analisando a situação dos idosos referente à depressão. No Brasil, na região nordeste, um estudo verificou que dos longevos com idade superior a 75 anos, alguns fatores influenciaram no indicativo da doença, como o analfabetismo e a dependência para atividades físicas (MACIEL; GUERRA, 2006). No México, os estudos feitos nas zonas rurais no país, concluiu que os idosos com faixa etária mais elevada estavam mais propícios a terem depressão em relação à zona urbana (TORIJA et al., 2007). Outro estudo feito nas regiões rurais da China, verificou que a depressão prevalecia nos indivíduos do sexo feminino, com idade mais elevada, sem escolaridade, viúvos e morando sozinhos. O difícil acesso a programas de saúde, falta de apoio social e a rotina do longo que mora nessas zonas, são elementos que acarretam o desenvolvimento de uma doença mental, como principalmente a depressão (GAO et al., 2009).

A depressão quando diagnosticada, é tratada com medicamentos antidepressivos específicos para cada caso e grau da doença, e também com psicoterapia. Eles são eficientes para o tratamento da doença psiquiátrica em idosos. Com o envelhecimento o organismo do longo sofre alterações, como diminuição do fluxo sanguíneo, diminuição da filtração glomerular renal e prejuízo da atividade enzimática no fígado (YOUNG; MEYERS, 1996; GOLDSTEIN, 1971).

Segundo Benedetti et al, a atividade física pode interferir na saúde mental do idoso. Longevos que praticam algum tipo de atividade física, desde trabalho doméstico até lazer, apresentaram menor índice de depressão do que os idosos sedentários que não praticam nenhum tipo de exercício. Ou seja, fazer atividade física interfere no desenvolvimento da doença e

também influencia no enfrentamento do problema, colocando o indivíduo no meio social e estimulando este a ter uma qualidade de vida melhor.

Um método muito eficaz para o reconhecimento da depressão em idoso é a Escala de Depressão em Geriatria (GDS). Alguns trabalhos tiveram resultados positivos na avaliação da escala nos indivíduos com idades mais elevadas (FERRARI; DALACORTE, 2007). A GDS possui algumas versões, algumas delas de 4 até 20 questões, mas a versão original possui 30 e vem sendo utilizada com frequência pelos resultados obtidos perante os estudos (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

As perguntas da escala geriátrica são relacionadas ao bem-estar do idoso, como por exemplo, se este indivíduo está satisfeito com sua vida; se sente que sua vida está vazia; se fica nervoso com frequência; se teme que algo de ruim lhe aconteça; se acha que tem problemas de memória que a maioria das pessoas; se acha que vale a pena estar vivo e algumas outras questões relacionadas a vida do longo. Estas simples perguntas podem detectar a doença psiquiátrica e também o seu grau no idoso, para que possa ser feito o tratamento correto (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

Com a alta prevalência, dificuldade de diagnóstico e baixo nível de reconhecimento clínico dos transtornos do humor, a GDS-15, se adequadamente utilizada, pode se tornar um instrumento valioso de saúde pública na identificação e controle destas condições em ambientes não especializados (PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005).

Com o intuito de investigar sobre a saúde da pessoa idosa, com destaque na depressão, o presente estudo objetivou analisar a prevalência desta doença psiquiátrica em idosos que vivem na zona urbana e em uma das comunidades rurais no município de Ituiutaba-MG, utilizando a Escala de Depressão Geriátrica do Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007). Além disso, se propõe avaliar os elementos que interferem no

desenvolvimento da doença, como os fatores sociodemográficos, econômicos e arranjo familiar.

Considerando os idosos residentes em Ituiutaba-MG e a utilização da Escala de Depressão Geriátrica, o objetivo deste trabalho foi analisar a prevalência de depressão em idosos que vivem na zona urbana e rural do município; correlacionar a prevalência desta doença psiquiátrica nas duas regiões, avaliando os elementos que interferem no desenvolvimento da doença, como os fatores sociodemográficos, econômicos e arranjo familiar.

METODOLOGIA

Questões éticas

Este projeto faz parte do Programa de Atenção Preventiva e Educativa em Saúde do Idoso do Núcleo de Estudos da Pessoa Idosa, em Parceria com a Universidade Federal de Juiz de Fora, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana sob o parecer nº 329.774 (CEP/UFJF). Os idosos receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contendo informações referentes ao desenvolvimento da pesquisa, e o assinaram antes de iniciarem a entrevista, quando de acordo em participar como voluntários.

População alvo

O estudo transversal foi realizado com idosos de ambos os gêneros, com idade igual ou superior a 60 anos atendidos na Secretaria Municipal de Saúde e/ou residentes na Comunidade rural de Santa Rita, ambos de Ituiutaba-MG, sem exclusão de incapacidades para responder à entrevista, desde que acompanhado de seu cuidador.

Instrumento de pesquisa

Os idosos foram entrevistados utilizando um questionário que constava de dados sociodemográficos, sobre a rede de apoio familiar do idoso e a Escala de Depressão Geriátrica na versão reduzida, retirada do Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007). Este método é validado e utilizado no diagnóstico da depressão com bastante eficácia (FERRARI; DALACORTE, 2007). Os idosos foram questionados com 15 perguntas fechadas, com possibilidade de respostas “sim” ou “não”, como estão descritas a seguir:

- 1) Está satisfeito(a) com sua vida?
- 2) Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses?
- 3) Acha sua vida vazia?
- 4) Aborrece-se com frequência?
- 5) Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?
- 6) Teme que algo ruim lhe aconteça?
- 7) Sente-se alegre na maior parte do tempo?
- 8) Sente-se desamparado com frequência?
- 9) Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?
- 10) Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?
- 11) Acha que é maravilhoso estar vivo(a)?
- 12) Sente-se inútil?
- 13) Sente-se cheio(a) de energia?
- 14) Sente-se sem esperança?
- 15) Acha que os outros tem mais sorte que você?

Análise dos dados

Os dados foram tabulados utilizando o programa computacional Microsoft Office Excel 2010® e analisados por meio de estatística descritiva (n amostral, frequência, média e desvio padrão) utilizando o programa estatístico BioEstat 5.0.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo realizado nas zonas urbana (Secretaria Municipal de Saúde) e rural (Comunidade de Santa Rita) de Ituiutaba-MG trata da prevalência de casos de depressão em idosos identificados a partir da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica na versão reduzida.

A Escala de Depressão Geriátrica é uma ferramenta muito utilizada na identificação de depressão em idosos, fornecendo resultados válidos e confiáveis (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999). É um método que foi desenvolvido para identificar a alteração de humor repentina em longevos, composta por 30 perguntas na versão original e 15 perguntas na versão reduzida, com questões de respostas simples podendo ser auto-aplicada (PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005). A versão utilizada no presente trabalho foi a versão reduzida, criada por Sheikh e Yesavage (1986) para avaliação de itens relacionados aos transtornos depressivos. Este tipo de versão composta por 15 perguntas é mais utilizado em ambulatórios e em outros ambientes não especializados, por ser de fácil aplicação no rastreamento da sintomatologia depressiva em idosos obtendo resultados favoráveis e confiáveis (PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005).

Em Ituiutaba-MG, 29 idosos foram entrevistados e responderam ao questionário, sendo 16 da zona urbana e 13 da zona rural. A idade média dos idosos foi de 68 anos ($DP \pm 7$), sendo que a maioria destes longevos era considerada idosos jovens por fazerem parte da faixa etária de 60 a 69 anos (75,9%), tanto na Secretaria Municipal de Saúde (62,5%) quanto na

Comunidade de Santa Rita (92,3%). Já os idosos mais velhos com idade igual ou superior a 80 anos foram a minoria encontrados somente na zona urbana (12,5%) e pertencentes ao gênero masculino. Em Ituiutaba-MG, segundo o Censo de 2010, de uma população total de 97.171 pessoas, 95,84% correspondiam aos residentes na zona urbana e 4,16% aos da zona rural. Ainda, eram 14.312 idosos com 60 anos ou mais, dos quais 92,13% dos homens residiam na zona urbana e 7,87% na rural, e das mulheres 96,1% residiam na zona urbana e 3,9% na rural (IBGE, 2010).

Dos idosos entrevistados, maioria era homens (69%), aposentados ou pensionistas (72,4%), com renda familiar mensal de 1 a 2 salários (69%), com menos de 4 anos de estudo (51,7%), com companheiro (86,2%) não vivendo sozinhos, tendo 2 a 3 moradores em sua própria residência (72,4%), podendo ser somente o companheiro (34,5%) ou o companheiro e filho (34,5%) (Tabela 1).

Na zona urbana, 81,3% dos idosos eram do gênero masculino, prevalecendo sobre as mulheres com apenas 18,8%; enquanto na zona rural houve a mesma proporção entre os gêneros. Contudo, mais mulheres foram entrevistadas na zona rural. Isso pode ser explicado pelo fato da mão de obra feminina na agricultura estar mais presente com o passar dos anos (HEREDIA, 2006).

Com o chegar da terceira idade a maioria dos idosos tende a receber aposentadoria pelo tempo de trabalho, sendo uma forma de recompensa pelo tempo exercido no mercado. Neste estudo, não foi diferente, uma vez que na zona urbana 68,8% dos idosos afirmaram ser aposentados e/ou pensionistas contra 76,9% na zona rural. Entretanto, quando a renda familiar é analisada, observa-se que a maioria dos idosos recebe de 1 a 2 salários, independente de onde vivem, seja na comunidade urbana (75%) ou rural (61,5%).

Tabela 1: Características sociodemográficas das populações urbana e rural entrevistadas em Ituiutaba, MG, 2015.

Variáveis	Urbana (n=16)		Rural (n=13)		Total (n=29)	
	n	%	n	%	n	%
Idade (em anos)						
60 a 69	10	62,5	12	92,3	22	75,9
70 a 79	4	25,0	1	7,7	5	17,2
≥ 80	2	12,5	0	0,0	2	6,9
Gênero						
Homem	13	81,2	7	53,8	20	69,0
Mulher	3	18,8	6	46,2	9	31,0
Ocupação						
Aposentado e/ou pensionista	11	68,7	10	76,9	21	72,4
Sem ocupação	1	6,3	0	0,0	1	3,4
Outra ocupação	4	25,0	3	23,1	7	24,1
Renda familiar mensal*						
< 1 salário	1	6,3	1	7,7	2	6,9
1 a 2 salários	12	75,0	8	61,5	20	69,0
≥ 3 salários	2	12,5	3	23,1	5	17,2
Não responderam	1	6,3	1	7,7	2	6,9
Escolaridade						
Analfabeto	3	18,7	0	0,0	3	10,3
Analfabeto funcional	0	0,0	1	7,7	1	3,4
< 4 anos	7	43,7	8	61,5	15	51,7
≥ 4 anos	5	31,3	4	30,8	9	31,0
Não responderam	1	6,3	0	0,0	1	3,4
Estado civil						
Com companheiro	12	75,0	13	100,0	25	86,2
Sem companheiro	3	18,8	0	0,0	3	10,3
Não responderam	1	6,3	0	0,0	1	3,4
Número de moradores na residência						
1	2	12,5	0	0,0	2	6,9
2 a 3	9	56,3	12	92,3	21	72,4
≥ 4	4	25,0	1	7,7	5	17,2
Não responderam	1	6,3	0	0,0	1	3,4
Arranjo familiar						
Vive sozinho	2	12,5	0	0,0	2	6,9
Vive com companheiro(a)	4	25,0	6	46,2	10	34,5
Vive com filho(s) e companheiro(a)	5	31,2	5	38,4	10	34,5
Vive com neto(s) e companheiro(a)	0	0,0	2	15,4	0	0,0
Outros arranjos	5	31,2	0	0,0	7	24,1

*Salário mínimo: R\$ 750,00.

Vale destacar que apenas 23,1% dos entrevistados da zona rural tiveram a renda familiar maior ou igual a três salários. Assim, é reafirmado que a aposentadoria é muito importante na vida do idoso, principalmente para o gênero masculino, pois é nesta fase que o idoso se afasta do âmbito produtivo tendo algumas vantagens, como lazeres e descanso (MENDES et al., 2005), mas também continua sendo sua principal renda familiar.

Segundo Leonardo (2014), é fundamental para o idoso aposentado continuar no mercado de trabalho, sendo favorável para sua subsistência, socialização e produtividade. Um exemplo disso é o estudo realizado por Santos e Cunha (2014) com 3000 idosos da Unidade de Saúde Básica da Zona Sul de São Paulo, o qual revelou que 70,3% dos indivíduos não exerciam nenhum trabalho remunerado, condição considerada prejudicial para a sua capacidade funcional, quando comparada com os longevos que continuavam trabalhando após a velhice (SÁ et al., 2011; VENZELLA; LIMA; SILVA, 2011).

Sobre o nível de escolaridade, na zona urbana houve a mesma proporção entre aqueles que estudaram menos (43,8%) e mais de 4 anos (31,3%). Por outro lado, na zona rural prevaleceu os idosos com menos de 4 anos de estudo (61,5%). Nenhum idoso afirmou ser analfabeto funcional na zona urbana, porém 7,7% dos longevos entrevistados disseram ser analfabeto funcional. Segundo Campos et al. (2009), a baixa escolaridade dos idosos reflete a desigualdade social juntamente com as políticas de educação que predominavam nas décadas de 1930 e 1940, quando nem todos tinham acesso à escola. Segundo o Censo demográfico de 2010, em Ituiutaba-MG, 152 idosos residentes frequentavam a escola, enquanto 2.537 idosos nunca estiveram em uma sala de aula. Ainda, da população total, somente 9,99% correspondiam a idosos alfabetizados com idade de 60 a 99 anos (IBGE, 2010).

Na comunidade urbana, 75% da população entrevistada viviam com companheiro, enquanto na rural todos os idosos afirmaram viver nesta condição (100%). Apenas um idoso se recusou a responder sobre o estado civil atual. Um estudo feito em Portugal com 40 idosos de

ambos os gêneros, mostrou que na zona rural cerca de 70% dos indivíduos entrevistados era casada. Sequeira e Silva (2002) concluíram que os idosos que possuíam cônjuge eram muito mais felizes, tinham menos sentimentos de solidão e insatisfação do que os solteiros. Não há dúvida de que a qualidade de vida do idoso tem relação com a funcionalidade familiar; isso é, os indivíduos que possuem um companheiro têm uma vida mais satisfatória do que os solteiros (ANDRADE; MARTINS, 2011).

Com relação ao número de moradores, foi unânime a presença de 2 a 3 pessoas por residência, tanto na comunidade urbana (92,3%), quanto na rural (56,3%), considerando os arranjos companheiro e filho (31,3% e 38,5%, respectivamente) ou somente com o companheiro (25% e 46,2%, respectivamente). Apenas um idoso se recusou a responder sobre o arranjo familiar. A família é um conjunto de indivíduos unidos por consanguinidade, considerados como uma unidade social (CIPE, 2002). Este corpo social tem um papel importante na vida do idoso, pois é a família que dá suporte e é responsável pelo bem-estar e pela qualidade de vida do mais velho (REDANTE et al., 2005; COSTA; COELHO; OLIVEIRA, 2007), sendo a rede de apoio mais importante (CAMARANO, 2003). Em contrapartida, considerando o gênero, estudo de Camarano (2003) revela a mudança nos arranjos familiares com o crescimento da existência de famílias compostas por mulheres que vivem somente com companheiro e filhos, a presença da idosa como chefe da casa e dos casais que não possuem filhos.

A depressão é uma doença mental que está associada a alguns fatores sociodemográficos, como baixa escolaridade, baixa renda e o desemprego (ALMEIDA et al, 2004; BARROS et al, 2006). Esta doença acomete cerca de 11,2 milhões de brasileiros, sendo que possui maior prevalência na zona urbana (8%) do que na rural (5,6%) (BRASIL, 2014). A tabela 2 revela o grau de depressão em relação às características sociodemográficas da população total entrevistada.

Tabela 2: Grau de depressão em relação às características sociodemográficas da população total entrevistada, Ituiutaba, MG, 2015.

Variáveis	Normal (n=7)		Depressão leve (n=21)		Depressão severa (n=1)	
	n	%	n	%	n	%
Idade (em anos)						
60 a 69	5	22,7	16	72,7	1	4,6
70 a 79	2	40,0	3	60,0	0	0,0
≥ 80	0	0,0	2	100,0	0	0,0
Gênero						
Homem	5	25,0	15	75,0	0	0,0
Mulher	2	22,2	6	66,7	1	11,1
Ocupação						
Aposentado e/ou pensionista	6	28,5	14	66,7	1	4,8
Sem ocupação	0	0,0	1	100,0	0	0,0
Outra ocupação	1	14,2	6	85,8	0	0,0
Renda familiar mensal*						
< 1 salário	1	50,0	1	50,0	0	0,0
1 a 2 salários	4	20,0	16	80,0	0	0,0
≥ 3 salários	1	20,0	3	60,0	1	20,0
Escolaridade						
Analfabeto	1	33,3	2	66,7	0	0,0
Analfabeto funcional	0	0,0	1	100,0	0	0,0
< 4 anos	2	13,3	12	80,0	1	6,7
≥ 4 anos	4	44,4	5	55,6	0	0,0
Estado civil						
Com companheiro	5	20,0	19	76,0	1	4,0
Sem companheiro	1	33,3	2	66,7	0	0,0
Número de moradores na residência						
1	0	0,0	2	100,0	0	0,0
2 a 3	7	33,3	13	61,9	1	4,8
≥ 4	0	0,0	5	100,0	0	0,0
Arranjo familiar						
Vive sozinho	0	0,0	2	100,0	0	0,0
Vive com companheiro(a)	3	30,0	7	70,0	0	0,0
Vive com filho(s) e companheiro(a)	4	40,0	6	60,0	0	0,0
Vive com neto(s) e companheiro(a)	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Outros arranjos	0	0,0	6	85,8	1	14,2

*Salário mínimo: R\$ 750,00.

Dos idosos identificados com depressão leve ou severa, 77,3% compõem a faixa etária de 60 a 69 anos, frequência significativa pelo tamanho da amostra. Os homens (75%) apresentaram maior prevalência em relação às mulheres (66,7%) quanto à depressão leve,

porém somente as mulheres revelaram depressão severa (11,1%) considerando a Escala utilizada.

Segundo Angst et al. (2002), a depressão é mais elevada em mulheres em todos os tipos de faixa etária, do que em homens, na proporção de 2:1, sem uma causa específica para tal diferença. Além disso, as mulheres sentem o efeito da doença depressiva na qualidade do sono e na saúde como um todo; já os homens sentem mais no âmbito do trabalho, como limitados e incapacitados. As diferenças de ambos os gêneros vêm desde os papéis sociofamiliares na residência e na sociedade, até em questões psicológicas que fazem com que se sintam deprimidos (JUSTO; CALIL, 2006). Há décadas ou séculos atrás, com o suporte social mais baixo, as mulheres tendiam a ser mais depressivas do que os homens (LUNSKY, 2003), uma vez que se sentem mais sensíveis e fracas diante da sociedade (KENDLER et al., 2001; MACIEJEWSKI et al., 2001), situação favorecida pela submissão ao homem e a diferença de poder em ambos os gêneros (JUSTO; CALIL, 2006).

É importante ressaltar que as idosas tendem a ter uma educação mais conservadora, trabalham em domicílio e cuidam dos filhos sem reconhecimento algum da sociedade, o que resulta no sentimento de inutilidade e baixa autoestima, acarretando no desenvolvimento da depressão. Por outro lado, os homens sendo criados para estudar, trabalhar e levar dinheiro para casa têm maior reconhecimento perante o corpo social (BENEDETTI et al., 2008).

Independente da ocupação dos idosos entrevistados em Ituiutaba-MG, a depressão leve foi a prevalente, seja aposentado e/ou pensionista (66,7%) ou outra ocupação (85,8%) (Tabela 2). Segundo Mendes et al. (2005), os idosos ao se aposentarem mesmo tendo as vantagens de descansar e aproveitar mais a vida, se sentem inúteis, com baixa autoestima, com angústia profunda e muita tristeza por serem retirados drasticamente do meio produtivo, podendo se isolar. Para o caso mais grave da doença, que é a depressão severa, apenas um idoso foi identificado com a sintomatologia. Este indivíduo tinha a idade entre 60 e 69 anos, era do gênero

feminino, vivia com companheiro e demais moradores, tinha estudado pelo menos quatro anos e afirmou ser aposentado e/ou pensionista. É importante destacar que todas estas condições são favoráveis para o desencadeamento da depressão. Em uma comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Costa e Ludermir (2005) revelaram maior chance de transtornos mentais, incluindo depressão, indivíduos com 40 a 59 anos, do gênero feminino, analfabetos, com baixa renda e na condição de divorciados, separados ou viúvos. Essa realidade já tinha sido descrita por Lima et al. (1996); Ludermir e Melo Filho (2002), incluindo a etnia negra, o baixo apoio social e a baixa escolaridade.

Os idosos que afirmaram ter renda familiar mensal de 1 a 2 (80%) e 3 ou mais salários (60%) também apresentaram depressão leve (Tabela 2). Oliveira et al. (2012) avaliaram a sintomatologia depressiva autorreferida em idosos residentes em João Pessoa-PB e identificaram que 24,2% deles possuíam a doença. Destes, 81% recebiam menos de um ou até três salários, confirmando que a depressão está relacionada com a renda mensal.

Em relação ao nível de escolaridade, os idosos de Ituiutaba-MG que estudaram menos de 4 anos, ou se consideraram analfabetos, funcional ou não, foram identificados na sua maioria com depressão leve (Tabela 2). O mesmo resultado foi revelado por Lima, Silva e Ramos (2009), no qual 21,1% dos idosos investigados foram diagnosticados com depressão, sendo que a sintomatologia teve menor prevalência em idosos que cursaram o colegial; ou seja, a doença esteve mais presente em longevos com baixa escolaridade. Segundo Trentini et al. (2005), o nível escolaridade pode estar relacionado diretamente com a depressão; isso é, quanto mais tempo de estudo o indivíduo tiver, menor a chance de desenvolver a doença mental. Desta maneira, a associação da perda de contato social, escolaridade e baixa renda pode ser o fator responsável pelo desencadeamento da depressão em idosos (IRIGARAY; SCHNEIDER, 2007).

Sobre o estado civil, independente se o idoso tem (76%) ou não (66,7%) companheiro, a maioria para cada condição foi identificada com depressão leve (Tabela 2). Vale destacar que

o único indivíduo que foi avaliado com depressão severa afirmou ter companheiro. Essa mesma realidade foi diagnosticada ao analisar o número de moradores na residência e os arranjos familiares, em que a depressão leve foi maioria nas diferentes categorias pré-determinadas, como morador único vivendo sozinho, com companheiro e outro morador, ou ainda quatro ou mais moradores, incluindo o idoso (Tabela 2). Independentemente do número de moradores, o que está relacionado diretamente com a doença mental é o convívio familiar. As dificuldades nas relações sociais, dificuldades na comunicação e principalmente o conflito com familiares são fatores de risco para o desencadeamento da depressão. Isso foi comprovado em estudo realizado por Sok e Yun (2011) comparando idosos que viviam sozinhos e aqueles que viviam com a família, em que se observou maiores índices de autoestima, saúde física, apoio familiar e comportamentos preventivos de saúde, como nutrição e exercício físico, entre os idosos que viviam com a família. Além disso, vale comentar que mesmo a família dando suporte para o idoso, a maioria ainda sofre com violência e não possui relação pessoal direta com os demais moradores, prejudicando a saúde mental e potencializando os sintomas da depressão (BRASIL, 2007).

A depressão é uma doença frequente entre idosos, podendo relacionar-se com questões sociodemográficas e qualidade de vida, e a sua identificação na maioria das vezes é de difícil diagnóstico (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999; LOPES et al., 2015). Os transtornos depressivos podem ser definidos como episódios de humor deprimido e perda de interesse por todas as atividades (LOPES et al., 2015).

Na tabela 3 estão as frequências encontradas para cada tercil da Escala de Depressão Geriátrica, na qual o primeiro tercil (≤ 5) refere-se ao grupo de idosos com escore *normal* (24,1%), o segundo tercil (6-10) são os longevos que foram identificados com *depressão leve* (72,4%), e o terceiro tercil (11-15) aqueles com escore de *depressão severa* (3,4%), sendo que apenas um idoso apresentou a doença neste nível mais grave.

Alguns estudos têm utilizado a Escala de Depressão Geriátrica para identificação dos graus de depressão em populações idosas, sendo a leve a mais frequente. Exemplos disso são os estudos realizados por Bassani et al. (2014) e Gonçalves et al. (2015) os quais constataram a prevalência de depressão leve em idosos na Estratégia de Saúde da Família e na Atenção Primária no Rio Grande do Sul.

Tabela 3: Frequência da Escala de Depressão Geriátrica (n=29), Ituiutaba, MG.

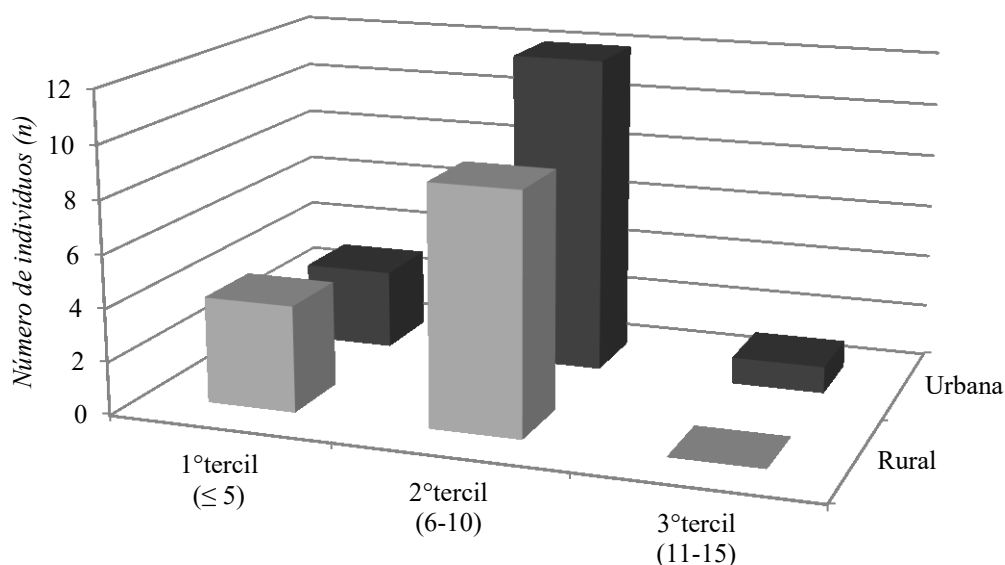
Variáveis	n (%)
GDS 1º tercil (≤ 5)	7 (24,1)
GDS 2º tercil (6-10)	21 (72,4)
GDS 3º tercil (11-15)	1 (3,5)

GDS = Escala de Depressão Geriátrica.

A figura 1 revela a diferença no número de idosos identificados com depressão nas zonas urbana e rural, estratificados em tercils, como anteriormente descrito na tabela 3. Nela foi possível verificar que o 2º tercil, referente à depressão leve, prevaleceu nas zonas urbana e rural. Dos treze idosos entrevistados no campo, apenas quatro não foram diagnosticados com depressão e nove restantes possuíam depressão leve. Na cidade, dos dezesseis idosos entrevistados, doze foram identificados com depressão leve e um com a doença no grau mais severo. Assim, em Ituiutaba-MG, dos idosos entrevistados nas zonas rural e urbana, a depressão foi identificada em 81,3% dos que viviam na cidade e em 69,2% dos que viviam na comunidade rural, sendo possível afirmar que houve prevalência da depressão em relação ao local onde se reside. Comparando as diferentes morbidades em idosos na zona rural e urbana de Cachoeira do Sul-RS foi revelada prevalência de depressão em longevos viventes na cidade, além de outras doenças neurológicas, como Doença de Parkinson, Doença de Alzheimer e cefaleia (SILVA et al., 2013), enquanto na Comunidade rural de Pirauá em Pernambuco, a prevalência de transtornos mentais comuns foi de 36% (COSTA; LUDERMIR, 2005) e 35% em Olinda-PE (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002), o que segundo estes autores leva a crer que a vida no

meio rural não é tão saudável quando estão presentes fatores como a pobreza, baixa escolaridade e falta de trabalho.

Figura 1: Número de indivíduos identificados com depressão estratificados em tercís e zonas de residência (n=29), Ituiutaba, MG.



CONCLUSÃO

A depressão não é apenas tristeza profunda e não é causada pelo processo de envelhecimento, mas está relacionada com aspectos sociodemográficos e alterações típicas desta fase da vida. Os idosos com baixa renda e com baixo nível de escolaridade mostraram maior prevalência da doença, sendo condições que interferem no bem-estar do idoso, resultando no sentimento de inutilidade, infelicidade e baixa autoestima. A relação familiar também é importante na qualidade de vida da pessoa idosa. Entretanto, a forma como o apoio familiar é dado ao idoso pelos filhos ou cônjuge, pode também favorecer o desencadeamento da doença, uma vez que ainda temos um alto número de registros de violência doméstica no Brasil.

Em Ituiutaba-MG, dos 29 idosos entrevistados, 75,9% foram identificados com depressão utilizando a Escala de Depressão Geriátrica, independentemente do local onde o idoso reside. O entendimento e diagnóstico local das interrelações entre os sinais e sintomas, inclusive os aspectos sociais, demográficos e epidemiológicos que interferem no desenvolvimento da depressão, ainda é um grande desafio para os profissionais da saúde. Não há dúvida de que o diagnóstico e o tratamento adequado são fundamentais para a melhoria da qualidade de vida do idoso, além de otimizar o uso de serviços de saúde, evitar outras condições clínicas e prevenir óbitos prematuros.

A depressão, juntamente com outras doenças crônicas, tem se tornado uma das principais causas de morte e invalidez. Essa tendência deve crescer nas próximas décadas e, por isso, é fundamental o conhecimento da prevalência da doença em idosos no município, bem como os fatores a ela associados, para o planejamento de estratégias de ação pelos profissionais da saúde, juntamente com a família, a comunidade e o idoso, a fim de melhorar a condição funcional do depressivo ou prevenir o desenvolvimento da doença.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. et al. Social inequality and depressive disorders in Bahia. Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class, **Social Science & Medicine**, v. 59, n. 7, p. 1339-1353, 2004.
- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 57, n. 2B, p. 421-426, 1999.
- ANDRADE, A. I. N. P. A.; MARTINS, R. M. L. Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. **Millenium**, Portugal, v. 40, p. 185- 199, 2011.

- ANGST, J. et al. Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRESS I and II studies. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, v. 252, n. 5, p. 201-209, 2002.
- BARROS, M. B. D. A. et al. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 911-926, 2006.
- BASSANI, D. C. H. et al. Depressão em idosos na Atenção Primária em Saúde: Aspectos de uma comunidade do interior do estado do Rio Grande do Sul. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA HOSPITALAR, 2, 2014, São Paulo. **Blucher Medical Proceedings**: Rio Grande do Sul, v. 1, n. 5, 2014. p. 21.
- BEESTON, D. **Older people and suicide**. Stoke on Trent, UK: Centre for Ageing and Mental Health, Staffordshire University.
- BENEDETTI, T. R. B. et al. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 302-307, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 192p.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Pesquisa Nacional de Saúde. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. 181p.
- CAMARANO, A. A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 35-63, 2003.
- CAMPOS, F. G. D. et al. Distribuição espacial dos idosos de um município de médio porte do interior paulista segundo algumas características sócio-demográficas e de morbidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 77-86, 2009.

- CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO, N. M. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu Rio, 2005. 788p.
- CIPE. Conselho Internacional de Enfermeiras. **Classificação internacional para a prática de enfermagem CIPE/CNP: versão beta2**. Lisboa: IGIF, 2002.
- CORRÊA, A. C. O. **Envelhecimento, depressão e doença de Alzheimer**. Belo Horizonte: Health, 1996. 232p.
- COSTA, A. G. D.; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 73-79, 2005.
- COSTA, A.; COELHO, L.; OLIVEIRA, R. A. Família perante o doente hospitalizado. **Sinais Vitais**, Coimbra, v. 72, p. 33-34, 2007.
- FERRARI, J. F.; DALACORTE, R. R. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 3-8, 2007.
- GAO, S. et al. Correlates of depressive symptoms in rural elderly Chinese. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, Malden, v. 24, n. 12, p. 1358-1366, 2009.
- GOLDSTEIN S. The biology of aging. **The New England Journal of Medicine**, Massachusetts, v. 285, p. 1120-1129, 1971.
- GOMES, A. M. A. Um olhar sobre depressão e religião numa perspectiva compreensiva. **Revista Estudos de Religião**, São Paulo, v. 25, n. 40, p. 81-109, 2011.
- GONÇALVES, E. et al. Prevalência de depressão em idosos de uma estratégia de saúde da família. In: **JORNADA DE PESQUISA**, 20, 2015, Ijuí. Anais do Salão do Conhecimento. Ijuí: UNIJUÍ, 2015.

- HARWOOD, D. et al. Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people: a descriptive and casecontrol study. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, Oxford, v. 16, n. 2, p. 155- 165, 2001.
- HEREDIA, B. M. A. Gênero e acesso a políticas públicas no meio rural brasileiro. **Revista Nera**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 8, p. 1-28, 2006.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo de 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/index.php>>. Acesso em: 10 abr. 2016.
- IRIGARAY, T. Q.; SCHNEIDER, R. H. Prevalência de depressão em idosos participantes da Universidade para a Terceira Idade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 19-27, 2007.
- JUSTO, L. P.; CALIL, H. M. Depressão o mesmo acometimento para homens e mulheres? **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 74-79, 2006.
- KENDLER, K.S.; THORNTON, L. M.; PRESCOTT, C. A. Gender differences in the rates of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic effects. **The American Journal of Psychiatry**, v. 158, n. 4, p. 587-593, 2001.
- LEONARDO, R. L. **A relevância do trabalho na qualidade de vida dos idosos aposentados estatutários e celetistas no Distrito Federal**. Brasília. Tese (Doutorado em Ciências do Comportamento) – Universidade de Brasília, 2014. 149 p.
- LIMA, M. S. et al. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 26, n. 2, p. 211-222, 1996.
- LIMA, M. T. D. R.; SILVA, R. D. S. E.; RAMOS, L. R. Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 1, p. 1-7, 2009.

- LOPES, J. M. et al. Associação da depressão com as características sociodemográficas, qualidade do sono e hábitos de vida em idosos do Nordeste brasileiro: estudo seccional de base populacional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 521-531, 2015.
- LUDERMIR, A. B.; MELO FILHO, D. A. M. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 213-221, 2002.
- LUNSKY, Y. Depressive symptoms in intellectual disability: does gender play a role? **Journal of Intellectual Disability Research**, v. 47, n. 6, p. 417-427, 2003.
- MACIEJEWSKI, P. K.; PRIGERSON, H. G.; MAZURE, C. M. Sex differences in event-related risk for major depression. **Psychological Medicine**, v. 31, n. 4, p. 593-604, 2001.
- MACIEL, A. C. C.; GUERRA, R. O. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no nordeste do Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 1, p. 26-33, 2006.
- MENDES, M. R. S. S. B. et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 422-426, 2005.
- MINAYO, M. C. S.; CAVALGANTE, F. G. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 750- 757, 2010.
- MURRAY, C. J.; LOPEZ, A. D. **The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020**. Cambridge: Harvard School of Public Health, 1996. 1022p.
- OLIVEIRA, M. F. D.; et al. Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem em comunidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2191-2198, 2012.

- PARADELA, E. M. P.; LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 918-923, 2005.
- RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-797, 2003.
- REDANTE, D. et al. Cuidando o idoso e a família. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 7, n. 2, p. 158-163, 2005.
- REYNOLDS, C. F.; KUPFER, D. J. Depression and aging: a look to the future. **Psychiatric Services**, Washington, v. 50, n. 9, p. 1167-1172, 1999.
- SÁ, C. M. S. et al. O idoso no mundo do trabalho: configurações atuais. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 16, n. 3, p. 536-542, 2011.
- SANTOS, G. S.; CUNHA, I. C. K. O. Avaliação da capacidade funcional de idosos para o desempenho das atividades instrumentais da vida diária: um estudo na atenção básica em saúde. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 3, n. 3, p. 820-828, 2013.
- SEQUEIRA, A.; SILVA, M. N.; O bem estar da pessoa idosa em meio rural. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 20, n. 3, p. 505-516, 2002.
- SHEIKH, J. I.; YESAVAGE, J. A. **Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version.** In: BRINK, T. L., editor. *Clinical Gerontology: A guide to assessment and intervention*. New York: The Haworth Press, 1986. p. 165-173.
- SILVA, E. F. D.; et al. Prevalência de morbidades e sintomas em idosos: um estudo comparativo entre zonas rural e urbana. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1029-1040, 2013.

- SOK, S. R.; YUN, E. K. A comparison of physical health status, self-esteem, family support and healthpromoting behaviours between aged living alone and living with family in Korea. **Journal of Clinical Nursing**, v. 20, n. 11/12, p. 1606-1612, 2011.
- TORIJA, J. R. U. et al. Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 21, n. 1, p. 37-42, 2007.
- TRENTINI C. M. et al. A influência dos sintomas somáticos no desempenho dos idosos no Inventário de Depressão de Beck (BDI). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, n.2, p. 119-123, 2005.
- VANZELLA, E.; NETO, E. D. A. L.; SILVA, C.C. D. A Terceira Idade e o Mercado de Trabalho. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 14, n. 4, p. 97-100, 2011.
- WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health report 2001: mental health: new understanding, new hope**. Geneva: World Health Organization, 2001. 178p.
- YOUNG, R. C.; MEYERS, B. S. **Psychopharmacology**. In: SADAVOY, J. et al. (eds): **Comprehensive Review of Geriatric Psychiatry**, 2ed. Washington: American Psychiatric Press, 1996. p. 755-817.
- ZASLAVSKY C; GUS I. Idoso. Doença cardíaca e comorbidades. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 79, n. 6, p. 635-639, 2002.

ANEXO: Diretrizes da Revista Horizonte Científico

A Revista Horizonte Científica é uma publicação eletrônica, semestral, da Diretoria de Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia, que publica em português os artigos científicos resultantes de pesquisas iniciação científica como dos apoiados pelo CNPq, FAPEMIG e UFU - e do Programa Institucional de Apoio à Iniciação Científica - PIAIC.

1. FORMATAÇÃO DO TEXTO:

1.1. Margens de 2,5 cm, espaçamento 1,5 cm, fonte Times New Roman 12. Cada página deverá ser numerada consecutivamente com algarismos arábicos no canto superior direito;

1.2. O artigo deverá conter no máximo 30 páginas e deve estar em formato DOC. (versão 97-2003 do WORD) OBS: A formatação deve ser em uma coluna.

1.3. Os nomes dos autores devem constar somente na Submissão de Metadados, devendo ser excluídos do corpo do texto.

OBS: os nomes dos autores serão incluídos no processo de Editoração de Texto, logo após a avaliação dos pareceristas.

1.4. As ilustrações (mapas, fotos (colorido ou preto e branco), etc.) devem fazer parte do corpo do texto em formato digital GIF ou JPEG. Os gráficos também devem fazer parte do corpo do texto;

1.5. Notas de rodapé: serão aceitas quando forem absolutamente necessárias para explanações que não possam ser incluídas no texto ou nas tabelas, tais como: a) nome da instituição onde foi realizado o trabalho; b) consignação de bolsas e outros auxílios financeiros; c) comunicação pessoal. As notas de rodapé deverão ser anunciadas no texto mediante número sobrescrito e devem figurar na página em que o número aparece;

1.6. Os nomes científicos devem ser escritos, no texto, na íntegra (Ex.: *Vellozia caruncularis* e não *V. caruncularis*;

1.7. Quando o texto contiver fórmulas editadas no módulo de Equações do Word, o tamanho deve ser o seguinte: Interno – 12 pts; Subscrito/Subrescrito – 10pts; Sub-Subscrito/Sobrescrito – 8 pts; Símbolo – 12 pts e Sub-Símbolo – 10 pts; 1.8. O texto é de inteira responsabilidade dos autores. A redação deve ser clara, concisa e objetiva e a linguagem correta, precisa, coerente e simples. Adjetivos supérfluos devem ser evitados, assim como, a forma excessivamente compacta, que pode prejudicar a compreensão do texto. O texto deve passar por uma criteriosa correção de português antes de ser enviado para a publicação;

1.9. Os autores conservam os direitos autorais para futuras publicações. À Revista Horizonte Científico, no entanto, é permitida a reprodução dos trabalhos.

2. FORMATO DO ARTIGO:

2.1. TÍTULO: em letra maiúscula e negrito. Deve ser conciso e informativo.

2.2. NOME DOS AUTORES: os nomes completos dos autores (em letra maiúscula) deverão estar posicionados entre o título em português e o Resumo, alinhados a esquerda, colocados em sequência horizontal, identificados com número sobrescrito e caracterizado no rodapé da primeira página, conforme a seguinte sequência: unidade acadêmica, instituição, endereço, cidade, CEP e endereço eletrônico do autor para correspondência.

OBS: Lembrando que os nomes serão inseridos no corpo do texto somente após a avaliação dos pareceristas, no processo de Editoração de Texto.

2.3. ABSTRACT, RÉSUMÉ ou RESUMEN: O artigo deverá ser encaminhado com o resumo em português e em uma segunda língua, que poderá ser o inglês, francês ou Espanhol. OBS: O resumo e o abstract devem constar em página exclusiva do texto. Exceção: nos casos em que o resumo e o abstract couberem na mesma página.

2.4. PALAVRAS CHAVE: até 5, em espanhol, inglês, francês e português. O abstract, résumé, resumen e o Resumo devem conter, no máximo, 250 palavras.

2.5. TEXTO: O texto deverá iniciar logo a seguir, colocando sequencialmente: INTRODUÇÃO, MATERIAL E MÉTODOS; RESULTADOS; DISCUSSÃO; CONCLUSÃO; AGRADECIMENTOS (se necessário) e REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

OBS.: A critério dos autores os itens Resultados, Discussão e Conclusão, poderão aparecer em separado ou Resultados e Discussão juntos e ainda as Conclusões poderão aparecer junto com a Discussão. Citar cada figura e tabela no texto em ordem numérica crescente. Todas as citações, no decorrer do texto, devem ser incluídas na lista de Referências Bibliográficas, em ordem alfabética, de acordo com as normas ABNT (NBR-6023/89), conforme alguns exemplos abaixo:

Livros completos: LACAZ, C. da S.; BARUZZI, R.G.; SIQUEIRA JÚNIOR, W. Introdução a geografia médica no Brasil. São Paulo: Blucher, 1972. 568 p. (se houver número do volume, indicar também).

Parte de Livro com autoria específica: FLEURY, J. A. Análise a nível de empresa dos impactos da automação sobre a organização da produção de trabalho. In: SOARES, R.M.S.M. Gestão da empresa. Brasília: IPEA/IPLAN, 1980. p. 149-159.

Parte de Livros sem autoria específica: MARTIN, L.C.T. Confinamento de bovino de corte. São Paulo: Nobel, 1986. 124p. Cap.3: Nutrição de corte em confinamento, p.29-89. Folheto: PRATES, H.S.; PELEGRINETTI, J.R. Controle sanitário e cultural: legislação e relação de defensivos para citros. Campinas: Fundação Cargill, 1985. 40p.

Artigos de revistas e outros periódicos: MATOS, A. P. de. Epidemiologia da fusariose do abacaxi. Informe Agropecuário, Campinas, v. 11, n. 130, p 46-49, 1985. BAILEY, I.W. - The use and abuse of anatomical data in the study of phylogeny and classification. Phytomorphology v. 1, p. 67-69, 1951.

Artigos apresentados em congresso – Impresso: SILVA, J.N.M. Possibilidades de produção sustentada de madeira em floresta densa de terra firme da Amazônia brasileira. In: CONGRESSO FLORESTAL BRASILEIRO, 6., 1990, Campos do Jordão. Anais... Campos do Jordão: SBS/SbEF, 1990. P..39-45. CD-ROOM: MUNIZ, C. A. de; QUEIRÓZ, S. A. de - Avaliação do desempenho até a desmama de bezerros cruzados, no Mato Grosso do Sul. In: REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ZOOTECNIA, 34., 1997, Juiz de Fora. Anais... Geratec, 1997.

Dissertações e Teses: QUEIRÓZ FILHO, E.S.F.de. Análise da indústria de beneficiamento primário de madeira do Estado do Pará. Curitiba. Dissertação (Mestrado em Ciências Florestais) - Universidade Federal do Paraná, 1983. 103 p.

Apostila: SILVA, C.E. Elaboração de trabalhos acadêmicos. Lavras: ESAL, 1990. 3p. Apostila. Publicações Institucionais (sem autores): FAO El eucalipto en la repoblación forestal. Roma, 1981. 303p. Como fazer as citações no texto: Ex: Steel (1960) ou (Steel, 1960); Resende & Andrade (1992) ou (Resende & Andrade, 1992); Silva, Cardoso, Pereira (1990) ou (Silva, Cardoso, Pereira, 1990).

Obras com mais de três autores poderá ser indicado apenas o primeiro autor, seguido da expressão "et al."; os dois primeiros autores seguido da expressão "et al." ou ainda os três primeiros autores seguidos da expressão "et al.", na ordem em que aparecem na publicação. Ex.: SOUZA, P.R. et al.; SILVA, J.P.; MELO, P.N. et al. ou FERREIRA, L.C.; SOUSA, T.R.; ANDRADE, M. et al. Citações Longas (mais de três linhas) devem constituir um parágrafo independente, recuado 4 cm da margem esquerda, com linhas separadas por espaço simples, letra menor que a do texto utilizado e sem aspas.